

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE PEDIATRÍA

**“LA RESILIENCIA RELACIONADA CON EL DESARROLLO DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL POSGRADO DE
PEDIATRÍA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO PEDIATRA**

AUTOR:

LUIS RICARDO COSTALES VALLEJO

DIRECTOR DE TESIS: DR. FREDDY CARRIÓN

DIRECTOR METODOLÓGICO: PhD ENRIQUE GEA

QUITO, FEBRERO 2018

AGRADECIMIENTO

La vida a veces da cambios inesperados, vuelcos que simplemente dejan el mundo de cabeza, y en ese caos, a veces, la mejor opción es que ella escoja tu camino. Quiero agradecer en primer lugar a mi familia, simplemente son el motor que me ha traído hasta acá.

A los amigos de esta nueva etapa Diego, Priscila, Carla, Mayra, Magy, Gaby, Ángeles y Yesy, muchas gracias por los momentos compartidos y por las enseñanzas. A los Amigos de Siempre Anita, Ángel, Pepe por la ayuda y amistad brindada.

A mis tutores del presente trabajo de investigación por la guía y por brindarme la oportunidad de evolucionar académicamente.

Y por último, a todos los docentes de aula y hospital, médicos, enfermeras, residentes mayores gracias por el conocimiento compartido.

DEDICATORIA

A Dios, por la vida y la familia.

A Héctor, tu luz siempre guiará mi camino.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	5
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1. Síndrome de Burnout	9
2.1.1. Definición	9
2.1.2. Aspectos epidemiológicos	10
2.1.3. Factores de riesgo	11
2.1.4. Etapas del desarrollo del SB	12
2.1.5. Valoración	14
2.1.6. Efectos, complicaciones y comorbilidades	18
2.1.7. Factores de protección	20
2.2. Resiliencia	22
2.2.1. Definición	22
2.2.2. Factores de la resiliencia	22

2.2.3. Relación con la Medicina y el Síndrome de Burnout	24
2.2.4. Instrumentos para la medición de la resiliencia.....	25
CAPÍTULO III	26
MÉTODOS	26
3.1. Problema de investigación y objetivos	26
3.1.1 Problema de investigación.....	26
3.1.2. Objetivo general	27
3.1. 3. Objetivos específicos.....	28
3.2. Hipótesis	28
3.3. Metodología.....	28
3.3.1. Tipo de estudio	28
3.3.2. Tamaño muestral	29
3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión	30
3.3.3. Recolección de la información	30
3.3.5. Análisis de datos.....	33
3.4. Operacionalización de variables	34
3.5. Aspectos bioéticos	39
CAPÍTULO IV	40
RESULTADOS	40
4.1. Análisis univariante	40

4.1.1. Análisis descriptivos de las variables demográficas.....	40
4.1.2. Análisis descriptivo del test para Síndrome de Burnout “Maslach Burnout Inventory Human Services”	42
4.1.3. Análisis descriptivo del test para resiliencia de “Wagnild and Young”	43
4.2. Análisis bivalente	44
4.2.1. Presencia del Síndrome de Burnout y variables demográficas.....	44
4.2.3. Diferencia de medias de edad con las categorías de resiliencia	51
4.2.4. Diferencia de medias del valor total de resiliencia con variables demográficas	51
4.2.5. Diferencia de medias del valor total de resiliencia con el Síndrome de Burnout y sus esferas.....	54
CAPÍTULO V	58
DISCUSIÓN.....	58
CAPÍTULO VI	63
CONCLUSIONES.....	63
CAPÍTULO VII.....	65
RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	71

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Prueba de Kolmogorov Smirnov para el valor de resiliencia	34
Tabla 2 . Distribución de la población por variables demográficas.....	41
Tabla 3. Prevalencia y tendencia de SB.....	42
Tabla 4. Categorías por puntaje de las esferas que componen el SB.....	43
Tabla 5. Frecuencia de resiliencia por categorías.....	44
Tabla 6. Prevalencia del SB por grupos de edad.....	44
Tabla 7. Asociación del SB y sexo.....	45
Tabla 8. Asociación del SB y cargas familiares.....	45
Tabla 9. Asociación del SB y año de posgrado.....	46
Tabla 10. Resumen del análisis bivalente del SB y aspectos demográficos.....	47
Tabla 11. Asociación del SB y servicio.....	48
Tabla 12. Asociación entre Agotamiento Emocional y categoría de resiliencia.....	49
Tabla 13. Asociación entre Despersonalización y categoría de resiliencia.....	49
Tabla 14. Asociación entre Realización Personal y categoría de resiliencia.....	50
Tabla 15. Asociación entre SB y categoría de resiliencia.....	50
Tabla 16. Análisis de Kruskal Wallis para relacionar edad y categorías de resiliencia	51
Tabla 17. Análisis de Kruskal Wallis para relacionar variables demográficas y valores de resiliencia.....	52
Tabla 18. Diferencia de medias de resiliencia en función del estado civil.....	53
Tabla 19. Diferencia de medias de resiliencia en función del año de posgrado.....	53
Tabla 20. Diferencia de medias de resiliencia en función del Servicio.....	54
Tabla 21. Diferencia de medias de resiliencia en función de la prevalencia del SB.....	55
Tabla 22. Diferencia de medias de resiliencia en función de Agotamiento Emocional.....	55
Tabla 23. Diferencia de medias de resiliencia en función de Despersonalización.....	56
Tabla 24. Diferencia de medias de resiliencia en función de Realización Personal.....	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Etapas del desarrollo del Síndrome de Burnout	12
Figura 2. Formas de presentación del Síndrome de Burnout.....	14

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

BM: Burnout Measure

CBB: Cuestionario breve de Burnout

CDPM: Cuestionario de Desgaste Profesional Médico

CD-RISC: Connor-Davidson Resilience Scale

EPB: Efectos psíquicos del burnout de Garcia

GNBI: The Gillespie-Numerof Burnout Inventory

IC: intervalo de confianza

MBI: Maslach Burnout Inventory

MBI- HSS: Maslach Burnout Inventory para profesionales salud

MBI-ES: Burnout Inventory para profesionales de la educación

OLBI: The Oldenburg Burnout Inventory

p: p-valor

SB: Síndrome de Burnout

TS: Tedium Scale

RESUMEN

La presente investigación se realizó en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y contó con la participación de los médicos postgradistas de de las diferentes cohortes matriculados en el primer semestre 2017-2018. El objetivo del estudio fue evaluar la relación entre la resiliencia y el Síndrome de Burnout en residentes del posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el período octubre-diciembre del 2017. Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo, individual y transversal. Para la recolección de datos, a los médicos residentes del posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador tras su consentimiento, se aplicó el cuestionario de “Maslach Burnout Inventory Human Services”, validado para establecer la presencia o no de Síndrome de Burnout; así como el cuestionario de “Wagnild and Young” para establecer el nivel de resiliencia. La base de datos y el análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico de SPSS versión 23. La prevalencia del Síndrome de Burnout fue del 10.9 %, y se presentó una tendencia a padecer el síndrome del 37 %. El 56.3 % de los estudiantes presentaron niveles altos de Agotamiento Emocional. La media del valor de resiliencia fue de 132.64, el 85 % de los participantes presentaron una resiliencia mediana. Existe asociación entre la Realización Personal alta y resiliencia alta ($p= 0.001$). La media de resiliencia aumentó según el estudiante es promovido a años superiores del posgrado ($p= 0.026$). Los estudiantes con niveles bajos de Despersonalización presentaron una media del valor de resiliencia más alto que los otros estudiantes ($p= 0.001$). La media del valor total de resiliencia en el grupo de estudiantes con alta Realización Personal es más alto que las medias que presentan la categoría de medio y de baja Realización ($p= 0.000$). Se concluyó que existe asociación estadísticamente significativa entre valores altos de resiliencia con baja Despersonalización y alta Realización Personal, pero no se encontró asociación con la esfera de Agotamiento Emocional.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Agotamiento Emocional, Despersonalización, Realización Personal, resiliencia.

ABSTRACT

The present research was carried out in the Pontifical Catholic University of Ecuador and counted with the participation of the postgraduate doctors of the different cohorts enrolled in the first semester 2017-2018. The objective of the study was to evaluate the relationship between resilience and the Burnout Syndrome in residents of the Pediatric Postgraduate Program of the Pontifical Catholic University of Ecuador during the period october-december 2017. An observational, descriptive, individual and transversal study was carried out. To collect the data, the "Maslach Burnout Inventory Human Services" questionnaire was applied, after their consent, to the resident doctors of the Pediatric Postgraduate Program of the Pontifical Catholic University of Ecuador, validated to establish the presence or not of the Burnout Syndrome; as well as the "Wagnild and Young" questionnaire in order to establish the level of resilience. The statistical program SPSS version 23 was used to create the database and the statistical analysis. The prevalence of Burnout Syndrome was of 10.9%, and there was a tendency of 37% to suffer from it. 56.3% of the students presented high levels of Emotional Exhaustion. The average resilience value was 132.64, 85% of the participants had a medium resilience level. There is an association between high Personal Fulfillment and high resilience ($p = 0.001$). The average resilience increased as the student was promoted to higher years of the postgraduate program ($p = 0.026$). Students with low levels of Depersonalization had a higher average resilience value than other students ($p = 0.001$). The mean of the total value of resilience in the group of students with high Personal Fulfillment is higher than the means shown in the category of medium and low Fulfillment ($p = 0.000$). It was concluded that there is an association between the values of resilience and the areas of Depersonalization and Personal Fulfillment, there is a statistically significant association between high values of resilience with low Depersonalization and high Personal Fulfillment but no association was found with the Emotional Exhaustion sphere.

Key words: Burnout Syndrome, Emotional Exhaustion, Depersonalization, Personal Fulfillment, Resilience.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout (SB) o de “agotamiento”, fue descrito inicialmente en 1974. Delbrouck lo caracteriza como un estado de fatiga o frustración derivado de la dedicación a un objetivo, un estilo de vida o una relación que no cumple con las expectativas de un individuo (Teixeira, Ribeiro, Fonseca & Carvalho, 2013). También se ha definido como la pérdida de motivación para la participación creativa en el trabajo (Marshall & Kasman, 1980). Según Maslach y Leiter, el Burnout es producto de la incapacidad para manejar el estrés crónico, y se puede manifestar en 3 dimensiones:

- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Reducción en los logros profesionales y personales.

El desarrollo del SB depende de la relación entre afrontamiento positivo/negativo percibido por cada persona ante las situaciones cotidianas, lo que a su vez depende de factores individuales (características biológicas, cognitivas, afectivas, estrategias de afrontamiento), de entorno organizacional (tipo de trabajo, carga laboral o de estudios, relación con compañeros y jefes, recursos materiales y tecnológicos, protección de ambiente) y de entorno social (redes de apoyo, recursos económicos) (Gálvez, 2011). En el ámbito sanitario específicamente, se ha determinado que la mayoría de médicos son atraídos a su profesión por el ideal del servicio, esta expectativa es reforzada a lo largo de la carrera. Los estudiantes de medicina y médicos aceptan regularmente el sacrificio de un entrenamiento riguroso y extendido, negando necesidades personales básicas como el sueño y la comida para servir a sus pacientes, sin embargo el estrés crónico convierte ese

ideal de servicio en un deber y el sacrificio personal es visto como privación, incluso victimización o martirio cuando el auto sacrificio es agotador, lo que predispone al desarrollo de Burnout. (Nedrow, Steckler & Hardman, 2013)

La prevalencia del SB en médicos varía en reportes internacionales, desde un 30%, alcanzando un 50% en los estudiantes de Medicina. Es más frecuente en profesionales de género femenino. (Nedrow et al., 2013)

Estudios realizados en la ciudad de Quito sobre el SB en el personal sanitario (internos rotativos, médicos residentes, médicos tratantes, personal administrativo y de enfermería) en diferentes casas de salud, muestran una prevalencia que varía entre el 1,1 % y el 77,7 %, que alcanza hasta un 85% en médicos residentes posgradistas, siendo esta última una las variables sociodemográficas más relacionadas. (Gonzáles & Luzuriaga, 2013)

Los síntomas del Burnout son físicos, emocionales y de comportamiento. Físicamente se deteriora la sensación de bienestar y es frecuente la presentación de síntomas menores como dolor de cabeza, de estómago o resfriados, que pueden llegar a ser incapacitantes e incrementar el ausentismo, la sensación de cansancio crónico es común incluso después de un tiempo adecuado de sueño; en la esfera emocional y de comportamiento se puede experimentar sentimientos de tristeza y falta de propósito que hacen cuestionar el valor del trabajo, generan hostilidad y negativismo con los miembros del equipo de cuidado, pacientes y sus familiares, posteriormente existe culpa por todos estos sentimientos (Marshall & Kasman, 1980). Adicionalmente las personas afectadas por el síndrome presentan el aspecto negativo de los 4 valores característicos de los médicos: servicio, excelencia, competencia curativa y compasión, es decir: privación, sensación de invencibilidad, omnipotencia y aislamiento. (Nedrow et al., 2013)

El SB es específico al ámbito laboral, a diferencia de la depresión que está presente en todos los dominios de desempeño personal (Teixeira et al., 2013). A más del impacto individual, la

presencia del SB afecta la calidad de los servicios que el profesional brinda ya que interfiere con su desempeño cotidiano, incluyendo la construcción de una relación médico paciente adecuada, la toma rápida de decisiones, la capacidad de reponerse a circunstancias conflictivas y el contribuir a la formación de un ambiente laboral positivo (Mingote, Moreno & Galvez, 2004). La sensación de satisfacción y bienestar del médico está fuertemente relacionada con la satisfacción del paciente, de esta manera la presencia de Burnout afecta directamente la calidad percibida por los usuarios. (Nedrow et al., 2013)

El SB tiende a desaparecer con el descanso, la inducción de pausas o la posibilidad de alternar el trabajo con otras tareas; por lo cual constituye una adversidad temporal que pasa en función de la percepción y la voluntad del individuo para superarla. (Pons & Carrasquero, 2010)

Mecánicamente la resiliencia se comprende como la resistencia frente a la agresión o la capacidad de volver a la forma original después de aplicada una presión externa. (Becoña, 2006)

El uso del término se ha extendido a varios campos, Grotberg la define como “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superándolas y transformándose positivamente debido a ellas” (Pons & Carrasquero, 2010). Se entiende a la resiliencia como un proceso de adaptación positiva a contextos de adversidad. También es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés, promoviendo así el proceso de adaptación, implicando fuerza emocional, valentía y adaptabilidad. En diferentes investigaciones, se muestra una relación directa entre la resiliencia y la felicidad, debido a que las personas con mayor resiliencia poseen mayor capacidad de superación y crecimiento, influyendo de esta forma la resiliencia en las emociones positivas y el incremento de la satisfacción de vida. (Castilla, Coronel, Bonilla, & Mendoza, 2016)

Desde la psicología, se ha descrito que los seres humanos adquieren resistencia a las circunstancias adversas de la vida a lo largo de los años, por tanto la resiliencia es una cualidad dinámica que mejora con el crecimiento y aprendizaje, lo que facilita la respuesta a condiciones similares en el futuro, esto se denomina memoria resiliente. De forma similar, cuando una persona es incapaz de adaptarse y encontrar una solución a sus problemas, desarrolla una indefensión aprendida, por tanto, los antecedentes de una persona y su respuesta influyen en el aprendizaje resiliente. (Pons & Carrasquero, 2010)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Síndrome de Burnout

2.1.1. Definición

El SB es un término original anglosajón que se traduce al castellano de múltiples formas. En los trabajos desarrollados por Gil-Monte sobre el tema, presenta al menos unas diecisiete definiciones para este fenómeno. Estas distintas definiciones se las encuadra basados en tres aspectos centrales:

- La traducción nominal del término anglosajón al castellano.
- Las que adoptan denominaciones diferentes a la traducción literal; estas incluyen el contenido semántico de la palabra. Por ejemplo: se la define como desgaste profesional agotamiento profesional.
- Adoptar el estrés laboral como sinónimo de SB.

El término traducido literalmente puede definirse como apagarse, fundirse o agotarse; surge para describir una situación de agotamiento tras un período de esfuerzo y dedicación con altas demandas emocionales. En el entorno laboral, el concepto de Burnout hace referencia a una respuesta al estrés laboral crónico que supone para el trabajador un agotamiento físico, emocional y cognitivo. (Gálvez, 2011)

Una definición más amplia que abarca aspectos conductuales de los individuos, puede definir al SB como la respuesta a una situación de estrés dentro del ámbito laboral de larga duración o crónico. (Guía sobre el síndrome del quemado, 2006)

Gil-Montes & Gálvez y Maslach & Jackson, identifican los tres componentes actuales del SB, definiéndolo como: “un síndrome de Agotamiento Emocional, Despersonalización y falta de

Realización Personal en el trabajo (Gálvez, 2011; Maslach & Jackson, 2016), que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad”. (Gálvez, 2011)

2.1.2. Aspectos epidemiológicos

Los estudios realizados no concluyen referencias exactas sobre la edad de aparición del SB, pero en términos generales serían los profesionales entre los 40 y 45 años de edad los más propensos a padecerlo. (Trujillo, 2011)

En el ámbito sanitario es más frecuente en profesionales de género femenino (Nedrow et al., 2013), sin embargo no se establece una clara significancia de esta diferencia ya que los reportes son variables. Se destaca que el componente de Agotamiento Emocional es el más prevalente en ambos sexos. (Aranda, 2006)

En el Ecuador se han realizado varios estudios sobre la prevalencia del SB en el personal médico de diferentes casas de salud en especial en la ciudad de Quito, en diferentes períodos de tiempo. Las prevalencias son variables entre el 1.1 % al 77.7%, siendo una de las variables sociodemográficas más relacionadas, ser médico residente de posgrado y ser residente de especialidades clínicas. (González & Luzuriaga, 2013)

Dentro de la prevalencia del SB dentro de las especialidades médicas, a nivel de otros países, encontramos que en ginecología la prevalencia en médicos tratantes y residentes es del 52.3 % (Fontán & Dueñas, 2010). La prevalencia a nivel de médicos de atención primaria es del 39.3 % (Navarro, 2014). Los anestesiólogos tienen una prevalencia de al menos 58.3% (Fernández, 2006); la prevalencia en pediatras que trabajan en hospitales generales es el 37.4 % (Gil-Monte, 2008). No se encontraron estudios relacionados en el país sobre la prevalencia del SB en las diferentes especialidades médicas y en especial en la pediatría como grupo único de estudio.

2.1.3. Factores de riesgo

La exposición crónica a factores estresantes emocionales e interpersonales del trabajo clínico conllevan al desgaste profesional. El inicio del desgaste puede ser contemplado como una consecuencia de factores de predisposición, precipitación, perpetuación y protección. (Mingote et al., 2004)

Se han mencionado como factores de riesgo para el desarrollo del SB los siguientes (Fortney, 2015):

- Aumento de la carga del trabajo, con lo que existe una mayor dedicación del individuo a satisfacer las necesidades del trabajo, descuidando el tiempo de autocuidado, desarrollo personal y convivencia con la familia.
- Falta de control en los horarios del trabajo u oficina.
- Aumento de la burocracia en el ambiente de trabajo.
- Pobres relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo.
- Personalidad perfeccionista “adicta al trabajo”.
- Baja autoestima.
- Limitada capacidad para afrontar los problemas con respuesta poco adecuada (evasión, confrontación).
- Consumo de sustancias como alcohol, tabaco o drogas.
- Atención de pacientes considerados complejos.

En los estudiantes de medicina se ha identificado además al estrés académico como un factor de riesgo, debido a que la carrera se caracteriza por una importante sobrecarga de trabajo (Rodríguez, Sanmiguel, Muñoz, & Rodríguez, 2014). De acuerdo a las aportaciones de Towets y otros (1993), los estudios en Medicina se caracterizan por una constante y creciente exigencia

académica que demanda del estudiante grandes esfuerzos de adaptación. Por otro lado, aparece como necesaria una preparación óptima, fundamental para el futuro profesional en un mercado laboral cada vez más competitivo. Aunado a lo anterior, la carrera se desarrolla en la etapa de adulto joven, un periodo de transición y de cambio. A partir de lo mencionado se puede afirmar que el estrés que soporta un estudiante de Medicina durante su preparación es alto (Rodriguez et al., 2014), por lo que los alumnos de las escuelas o facultades de esta área suelen presentar cuadros de síndrome de estrés estudiantil y SB. (Rodriguez et al., 2014)

2.1.4. Etapas del desarrollo del SB

El desarrollo del SB como muchos de los trastornos de orden psicociales, se caracteriza por presentar varias etapas entrelazadas entre ellas; las dos primeras son comunes en el desarrollo de cualquier tipo de estrés, pero la última es específica para este síndrome. (Mingote, Moreno & Galvez, 2004)

Figura 1 Etapas del desarrollo del Síndrome de Burnout



Fuente: El desgaste profesional del médico

Elaborado por: Autor, enero 2018

Esto se traduce clínicamente en los tres componentes del SB que se detallan a continuación (Mingote, Moreno & Galvez, 2004):

- Agotamiento Emocional: es la falta o pérdida de las facultades emocionales que sirven para comprender que otras personas también tienen sentimientos y emociones que se transmiten en la vida laboral. El individuo desarrolla sentimientos de cansancio, impotencia, desesperanza, etc.
- Despersonalización: el individuo desarrolla respuestas y actos de insensibilidad y cinismo hacia el usuario del servicio/paciente. Esto se traduce en ausentismo laboral, mala predisposición para el trabajo en equipo y seguimiento de normas o reglamentos. Emocionalmente la persona se vuelve fría, introvertida, endurecida y deshumanizada.
- Falta de Realización Personal: son las respuestas negativas al momento de una autoevaluación de su trabajo y misión de vida. En este momento el individuo expresa baja autoestima, evita las relaciones interpersonales, genera una mala dinámica familiar, y presenta poca respuesta para trabajar bajo presión.

Los cambios mencionados se muestran de forma progresiva y diferente en los individuos, a medida que el estrés incrementa y se prolonga en el tiempo hay un aumento en las puntuaciones de Despersonalización y Agotamiento Emocional esto provoca que la Realización Personal disminuya. La intensidad del SB se ha clasificado en 4 grados que se ilustran en la Figura 2.

Figura 2 Formas de presentación del SB

GRADO	SINTOMAS
LEVE	Síntomas vagos e inespecíficos: <ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas • Dolores de espalda • Lumbalgias Poco operativos: <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para levantarse en la mañana • Cansancio patológico
MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Déficit de concentración y de atención • Tendencia a la automedicación • Fatiga, aburrimiento • Irritabilidad, cinismo • Culpa, frustración
GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Absentismo • Aversión por la tarea • Abuso de alcohol y psicofármacos
EXTREMO	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento • Crisis existencial • Depresión crónica • Riesgo de suicidio

Fuente: El desgaste profesional del médico
Elaborado por: Autor, enero 2018

2.1.5. Valoración

Desde que el concepto del SB apareció en la literatura, se han propuesto diferentes modelos para evaluarlo. En primer lugar, el síndrome fue descrito a través de la observación clínica. Posteriormente fue evaluado a través de entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluación con escalas de estimación. (Gálvez, 2011)

La realización de un diagnóstico adecuado requiere la valoración de síntomas que presenta el trabajador, sus rasgos de personalidad, analizar el proceso de aparición del síndrome, evaluar su intensidad y diferenciar el proceso de otros similares. También es necesario identificar cuáles son

las fuentes de estrés que han originado su aparición. Varios autores coinciden en valorar también aspectos externos (organizacionales y laborales), para un adecuado análisis de los elementos que pueden influir en su aparición. De esta manera se podrá evaluar la situación del trabajador, entender qué le ocurre y a qué se debe, además de obtener un diagnóstico institucional. (Gálvez, 2011)

Para alcanzar estos objetivos se deben utilizar procedimientos cualitativos y cuantitativos de diagnóstico y evaluación. Los instrumentos usados para valorar el síndrome se pueden agrupar en (Gálvez, 2011):

- Cuestionarios con datos sociodemográficos.
- Cuestionarios que miden los síntomas propios del síndrome.
- Cuestionarios de satisfacción laboral.
- Cuestionarios para valorar el estado de salud general y mental, además de los recursos individuales como: personalidad, mecanismos de afrontamiento, apoyo social, entre otros.

Los estudios reflejan en general poca consistencia en la asociación de las variables socio demográficas y el desgaste profesional, sin embargo estos datos son de utilidad para identificar los grupos en riesgo de presentarlo.

En lo que respecta a los cuestionarios que pretenden que evalúan la presencia del SB se puede mencionar los siguientes:

- El MBI “Maslach Burnout Inventory” (Maslach & Jackson, 1986) puede considerarse como el más usado; presenta diversas versiones, el MBI- HSS (profesionales salud) versión clásica y el MBI-ES (profesionales de la educación). En la segunda versión (1986) quedó reducido a 22 ítems; según éste, los niveles altos de SB son indicados por puntuaciones altas en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización con

puntuaciones bajas en la subescala de Realización Personal, siendo esta última independiente de las otras. El total de la puntuación para cada subescala se categoriza como “baja”, “media” o “alta”, clasificándose mediante un sistema de percentiles. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre 25-75 “medio” y por debajo de 25 “bajo”. Las nuevas líneas de evaluación del síndrome hacen referencia a considerar la dimensión de realización profesional más como un factor independiente que como una dimensión interna del síndrome, es decir, como una consecuencia del desgaste.

- El SBS-HP de Jones, 1980 (The staff burnout scale for Health professional) está compuesto por 20 ítems divididos en 4 factores: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, consecuencias negativas del estrés y relaciones no profesionales con los pacientes. Tiene una visión más amplia que otros cuestionarios como el MBI ya que incluye variables como insatisfacción laboral, tensión psicológica y problemas de salud. Su fiabilidad es buena.
- El TS de Pines (Tedium Scales) 1981 que consta de 21 ítems. Entiende el síndrome como un estado de fatiga emocional, física y mental, resultado de la relación de trabajo con personas en situaciones que son emocionalmente demandantes, agotamiento físico, agotamiento emocional, agotamiento mental. El TS pasó a ser posteriormente el BM “Burnout Measure”.
- El BM “Burnout Measure” (Pines & Aronson, 1988) se distribuye en 3 subescalas: agotamiento físico, agotamiento emocional y agotamiento mental. En relación con el MBI, solo evalúa los sentimientos de Agotamiento Emocional, pero no las otras

dimensiones del MBI (Despersonalización y baja Realización Personal), por tanto no mide las variables actitudinales del síndrome.

- A nivel europeo se ha creado una nueva generación de modelos e instrumentos, como el CBB (Cuestionario breve de Burnout), que evalúa de manera global los elementos presentes en el síndrome, especialmente factores organizacionales, antecedentes del mismo y efectos y consecuencias. Por su estructura, no parece adecuado para la evaluación directa de los componentes específicos del síndrome.
- El GNBI (The Gillespie-Numerof Burnout Inventory), de 10 ítems que hace referencia a sentimientos del trabajo, pero no establece correlaciones con otras medidas de síndrome ni con el MBI.
- El EPB (Efectos psíquicos del burnout de Garcia), fue diseñado para la medida del síndrome en el entorno sociocultural español. Consta de 12 ítems, está centrado exclusivamente en la dimensión agotamiento emocional para explicar el síndrome.
- Shirom y Melamed (2003), proponen un instrumento, el SMBM (Shirom- Melamed Burnout Measure), que cubre los aspectos del agotamiento físico, mental y cognitivo y se basa en la teoría de Hobfoll de Conservación de los Recursos (Hobfoll & Shirom, 2000). De acuerdo a esta teoría, el estrés laboral ocurre cuando las personas se sienten amenazadas en relación a la pérdida de sus recursos personales, pierden efectivamente sus recursos o no los pueden recobrar después de haberlos invertido (Hobfoll & Freedy, 1993).
- El CDPM (Cuestionario de Desgaste Profesional Médico), permite la evaluación específica de las dimensiones del desgaste profesional médico y una evaluación global del síndrome. Manifiesta tres dimensiones: agotamiento, distanciamiento, pérdida de

expectativas. Incluye factores motivacionales y de distanciamiento. La evaluación muestra resultados favorables que lo validan como instrumento adecuado para el estudio del síndrome.

- El CBI, Copenhagen Burnout Inventory (Kristense et al., 2005) que mide la clínica a nivel personal (Personal Burnout), la relacionada con el trabajo (Work-related Burnout) y con el cliente (Client-related Burnout).
- El OLBI, The Oldenburg Burnout Inventory (Demerouti et al., 2005) que incluye solo dos dimensiones: agotamiento y falta de compromiso en el trabajo.

2.1.6. Efectos, complicaciones y comorbilidades

El síndrome ocasiona repercusiones en la calidad de la asistencia a los pacientes y en la salud individual. No solo sufre el trabajador afectado, sino que esto se contagia entre equipos, mina la salud organizacional y la calidad del servicio prestado. (Gálvez, 2011)

Efectos individuales:

A nivel individual el SB tiene influencia en varios comportamientos, como el consumo de sustancias entre ellas; tabaco, alcohol u otros tipos de droga. En los diferentes cuestionarios aplicados a los médicos se observa que alrededor del 50% de los que presentan SB abusan de sustancias como el alcohol (Fortney, 2015). Puede además provocar alteraciones en el ritmo del sueño, problemas de concentración, memoria, ansiedad y depresión; afectando la salud y ocasionando alteraciones psicológicas/psiquiátricas que generan finalmente conflictos interpersonales en el ambiente de trabajo y la vida familiar cotidiana. (Floría, 2013)

En cuanto a las alteraciones más comunes se puede mencionar:

- Depresión: es un trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las

funciones psíquicas. Se ha reportado que en el personal médico con SB la depresión alcanza una prevalencia del 50%, y en los estudiantes de medicina la ideación suicida es de hasta el doble que en la población general. (Fortney, 2015)

- **Ansiedad:** es la respuesta del organismo de forma involuntaria frente a los estímulos sean estos externos o internos (pensamientos, ideas), que se perciben como una amenaza o peligro inminente. Lo que produce una sensación desagradable o incluso síntomas somáticos. No se ha estudiado adecuadamente su relación con el SB, pero los pocos estudios que se obtienen la relacionan más con el síndrome en pacientes que se encuentran hospitalizados. Mientras que en la población médica el aumento de la ansiedad explicaría el alto porcentaje del síndrome. (Trujillo, 2011)
- **Baja autoestima:** existen múltiples definiciones de autoestima, muchas hacen alusión al concepto que uno tiene uno de sí mismo de acuerdo a las facultades, atribuciones, actos, entre otros. Los estudios sobre la relación entre el SB y la autoestima hablan de que la tendencia de presentarlo es muy alta en las personas con autoestima baja. (Gavilán, 2013)

Efectos organizacionales:

La calidad de atención al paciente o usuario se ve considerablemente afectada por el agotamiento que presenta el profesional con SB. Cuando se instaura por completo el SB aumenta la deserción laboral, el ausentismo; esto implica que los demás profesionales deberán cubrir la ausencia del personal incrementando el agotamiento.

Lo antes mencionado tiene un impacto directo en el trabajo en equipo, la eficiencia y calidad de la atención, comprometiendo la seguridad de los pacientes y disminuyendo su satisfacción.

2.1.7. Factores de protección

La prevención del SB debe incluir dos niveles, el individual y organizacional.

2.1.7.1. Factores individuales

Las personas no reaccionan de la misma manera frente a diferentes situaciones, un ejemplo claro constituye que ante un mismo ambiente laboral, unas personas presentan SB y otras no. La visión salutogénica menciona a los estresores, la adversidad y el afrontamiento de dificultades como factores inherentes a la condición humana, que a su vez se ven mitigados por recursos y fortalezas que permiten manejar estas situaciones y superarlas, lo que lleva al crecimiento personal. Bajo esta visión se examina la multicausalidad de los problemas y se enfatiza la importancia de cada nivel involucrado (físico, psicológico, social). Adicionalmente, se analiza a la salud y la enfermedad como parte de un mismo proceso en diferentes puntos de un continuo, lo que concede importancia a los procesos de resistencia y fortaleza ante situaciones de riesgo. (Gálvez, 2011)

Es imprescindible a nivel individual responder de manera adaptativa a las situaciones estresantes, mediante recursos eficaces para poder hacer frente a las dificultades de la vida profesional y lograr el autocontrol. Además es importante el desarrollo de estrategias de afrontamiento que permitan mantener un equilibrio entre las necesidades y las exigencias internas del sujeto y las ambientales.

El apoyo de los compañeros, de la institución, de los familiares y amigos puede ser eficaz como protección. (Mingote et al., 2004)

Los Recursos de la personalidad:

Los recursos de afrontamiento y la promoción de lo positivo fomentan la adaptación a determinado ambiente, desde esta perspectiva surge la psicofortología, que profundiza en el

bienestar psicológico, su naturaleza, manifestaciones, consecuencias y modos en los que facilita el desarrollo de competencias en el ser humano.

Se ha encontrado relación de diferentes características de la personalidad con mayor presentación del síndrome, como la estabilidad emocional, autoestima, locus de control, personalidad tipo A, pasividad, ansiedad social, aislamiento, autocrítica y estrés. Otras características como la estabilidad y atrevimiento se correlacionan positivamente con la realización personal. (Gálvez, 2011)

La resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés, promoviendo así el proceso de adaptación, implicando fuerza emocional, valentía y adaptabilidad. Este concepto se aplica por primera vez en las ciencias sociales por Rutter, para identificar la capacidad humana de desarrollarse psicológica y socialmente a pesar de vivir en contextos de riesgo tanto de manera individual como grupal. (Castilla, Coronel, Bonilla, & Mendoza, 2016)

Desde un punto de vista dinámico, se entiende la resiliencia como un proceso de adaptación positiva a contextos de adversidad, mismas que son cambiantes. En diferentes investigaciones, se muestra una relación directa entre la resiliencia y la felicidad, debido a que éstas poseen mayor capacidad de superación y crecimiento, influyendo de esta forma la resiliencia en las emociones positivas y el incremento de la satisfacción de vida. (Castilla, Coronel, Bonilla, & Mendoza, 2016)

2.1.7.2. Factores organizacionales

A nivel organizacional, se debe garantizar un ambiente laboral que considere las necesidades y aspiraciones de los profesionales. Para ello es necesario identificar los puntos del sistema sanitario que ponen más en peligro la salud de los profesionales para adoptar las medidas pertinentes.

2.2. Resiliencia

2.2.1. Definición

El término resiliencia ha sido tomado desde la física, comprendiéndose como la resistencia frente a la agresión o la capacidad de volver a la forma original después de aplicada una presión externa (Becoña, 2006). Este término aplicado al ser humano puede definirse como la capacidad para enfrentar situaciones difíciles o crisis; de esta manera el ser humano sobresale a dichas situaciones e incluso desarrolla la capacidad de ayudar a otras personas a sobresalir (Armijos, Mora, Once y Sigüencia, 2009). Una de las definiciones más utilizadas es la que expone en el trabajo de Ríos y colaboradores como “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante”. (Ríos, Carrillo y Sabuco, 2012)

En otras bibliografías la resiliencia fue calificada como un predominante biológico de crecimiento y desarrollo, la cual permite a los individuos hacer frente a situaciones negativas, que generan estrés y amenaza, para superarlas sin replegarse ni rendirse ante ellas. (González, Valdez, Barneveld y González, 2009)

2.2.2. Factores de la resiliencia

En la descripción de los componentes de la resiliencia se mencionan los siguientes factores (Armijos et al., 2009):

- Apoyo (“yo tengo”): en este grupo se encuadran a las personas que son soporte fundamental del individuo, personas en quienes llega a tener confianza y relaciones de cariño, las personas que enseñan los límites y las situaciones de peligro, personas que son de ayuda cuando el individuo se encuentra enfermo o en situaciones de peligro.

- Fortaleza intrapsíquica: (“yo soy” o “yo estoy”): son las cualidades internas que posee la persona como la confianza en uno mismo, la autoestima y respeto hacia los demás.
- Habilidades interpersonales y de resolución de conflictos (“yo puedo”): son las actitudes, predisposición y la determinación de realizar o desarrollar las destrezas requeridas para sobrellevar la crisis.

Es decir la conducta resiliente se desarrolla a lo largo de la vida al existir interacción entre los diferentes factores, estos factores al mismo tiempo se modificarán de acuerdo a las diversas etapas del desarrollo de las personas y las adversidades que están enfrentando, de las experiencias previas y el aprendizaje que dejaron en el individuo.

En sí la resiliencia busca establecer un equilibrio entre el riesgo y la protección durante la vida de las personas. Si el equilibrio que existe es lo adecuadamente estable y resiste los cambios adversos que sucedieran a la persona, lo catalogaríamos como resiliente. (González, Valdez, Barneveld y González, 2009).

Ya que la resiliencia forma una noción continua con el riesgo se ha pautado algunas clases de resiliencia, 4 en total. En primer lugar se describe la resiliencia anómica, donde se encuentran las personas y sus conglomerados familiares que se encuentran en continuo estado de disrupción y caos. Luego en segundo lugar se describe a la resiliencia regenerativa, en la cual se refiere a todos los intentos que no fueron terminados para desarrollar habilidades o mecanismos lo suficientemente adecuados para afrontar las situaciones adversas. Como tercero se describe a la resiliencia adaptativa, aquí se encuadran todos los ciclos que han mantenido un uso adecuado de habilidades y mecanismos adecuados de afrontamiento a la crisis. Y por último describimos a la resiliencia floreciente, que es donde se da un uso adecuado y existe un constante mejoramiento de las habilidades y mecanismos para afrontar las crisis. (González et al., 2009).

Existe un denominado modelo biométrico de la resiliencia en la cual se detalla una resiliencia innata o natural que haciendo un recuento del principio inmunológico viene a darse como que el individuo posee una desde su nacimiento y que lo protege al principio. La otra sería una resiliencia adquirida igual que en la anterior recordando a los conocimientos biológicos la psicología va adquiriendo recursos de las experiencias de situaciones de estrés anteriores y constituye así una memoria resiliente. (Pons y Carrasquero, 2010)

2.2.3. Relación con la Medicina y el Síndrome de Burnout

Dentro de la investigación bibliográfica del tema se hace mención a algunos estudios previos a la investigación que relacionan la relación de la resiliencia con el Síndrome de Burnout no sólo en médicos, sino también con otros profesionales sanitarios.

Ríos y colaboradores (2012) estudiaron la resiliencia y su relación con SB y sus componentes en estudiantes de enfermería en la ciudad de Medellín-Colombia. Utilizaron para este trabajo de investigación el cuestionario de la adaptación española del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS) y la escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Dentro de los resultados relevantes se encontró una alta incidencia de cansancio emocional (28%). La conclusión del estudio fue que los estudiantes de enfermería que tenían una mayor resiliencia mostraron niveles de cansancio emocional bajos y una mayor realización profesional. (Ríos et al., 2012)

Se realizó un estudio sobre resiliencia y fatiga en los médicos residentes de los servicios de medicina interna del estado de Zulia en Venezuela donde se evidenció que existe una relación de dirección inversa entre el desarrollo de resiliencia y el nivel de cansancio. (Pons y Carrasquero, 2010)

Se determinaron los niveles de resiliencia en un grupo de internos rotativos del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza donde se encontró un nivel alto de resiliencia. (Carpio, 2015)

En el año 2013 se realizó un estudio de la relación entre SB y la resiliencia en el personal de urgencias de un hospital público de San Juan en Argentina, donde hallaron que la prevalencia era del 11,3% con niveles elevados de cansancio emocional (50%); despersonalización (51%) y baja realización personal (50%). La relación que se encontró entre la resiliencia y las dimensiones del Síndrome de Burnout mediante correlación de Pearson fue: r resiliencia-Cansancio emocional = -0.295; r resiliencia-Realización personal = 0.374. (Molina, 2013)

2.2.4. Instrumentos para la medición de la resiliencia

Existen diversos instrumentos para la medición de la resiliencia, entre ellos: The Baruth Protective Factors Inventory (BPFI), The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), The Adolescent Resilience Scale (ARS), The Brief-resilient Coping Scale (Castilla, Coronel, Bonilla, & Mendoza, 2016). Una de las escalas más usadas es la de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993), Los autores del instrumento definieron a la resiliencia como una característica positiva de la personalidad que favorece la adaptación individual. La escala consta de 25 ítems que oscilan desde 1=totalmente en desacuerdo, a 7=totalmente de acuerdo. El puntaje total se obtiene por la suma de los puntajes de la escala y los valores teóricos van desde 25 a 175. Los valores mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121-146, mediana resiliencia; y valores menores a 121, escasa resiliencia (Rodriguez, Pereyra, & Gil, 2009).

CAPÍTULO III

MÉTODOS

3.1. Problema de investigación y objetivos

3.1.1 Problema de investigación

La frecuencia del SB en médicos residentes ecuatorianos en el ámbito específico del posgrado de Pediatría no se ha cuantificado, sin embargo en los diferentes estudios realizados en Quito la prevalencia en residentes de varios programas alcanza un 85% (González & Luzuriaga, 2013), y a nivel internacional alcanza hasta un 50% (Nedrow et al., 2013); constituyendo un problema que concierne tanto a las entidades de educación superior como a los diferentes centros de formación asistencial y organismos reguladores de la formación en posgrados de Medicina, debido a sus repercusiones individuales, institucionales y al impacto en la calidad de atención a los pacientes.

Los médicos residentes de posgrado de Pediatría enfrentan circunstancias relacionadas con estrés como turnos de más de 24 horas en áreas críticas, carga horaria que impide descanso apropiado, actividades docentes, relación con familiares y pacientes jóvenes con enfermedades graves y de riesgo vital, necesidad de adaptarse rápidamente a nuevos lugares de trabajo por cambio de rotación, estrés académico, en algunas ocasiones vivir alejado de la familia, situación económica compleja por falta de remuneración y cargas familiares, entre otras. Estas condiciones pueden mediar como factores de riesgo para SB.

Lamentablemente no se conoce de una adecuada manera la incidencia del SB en los residentes del posgrado de Pediatría, además si su presencia está relacionada con el año de residencia, el género, la edad, el estado civil, las cargas familiares, contar con una beca de estudio, las horas de trabajo por semana y el escenario hospitalario de rotación.

Existen factores psicológicos como la resiliencia que pueden proteger al individuo del desarrollo de SB, que además proveen al individuo de la capacidad de afrontar todo tipo de problema, siendo la resiliencia además una cualidad que se puede desarrollar en el transcurso del tiempo con las diferentes experiencias adquiridas y los mecanismos de afrontamiento aprendidos. Se ha encontrado relación inversa entre resiliencia y SB, como en el estudio de Ruesga y Carrasquero quienes lo investigaron en médicos residentes de Medicina Interna en hospitales públicos de tipo IV en el estado de Zulia en Venezuela en el año 2010. (Ruesga & Carrasquero, 2010)

En el país no existen estudios sobre la resiliencia en el personal médico, la mayoría de publicaciones están en relación con grupos de riesgo como adolescentes, familias con problemas de migración, profesores universitarios y de colegio, víctimas de agresiones físicas y robos, víctimas de catástrofes, etc; sin embargo la resiliencia está presente en todas las personas y no se trata de una característica que se pone a prueba únicamente en situaciones límite.

Por lo antes mencionado, la presente investigación plantea determinar la frecuencia del SB en los residentes del posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables sociodemográficas ya mencionadas, además establecer si la resiliencia tiene relación o no con el desarrollo del SB, representando así un factor protector.

3.1.2. Objetivo general

Evaluar la relación entre la resiliencia y el desarrollo del SB, en residentes del posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el período octubre-diciembre del 2017.

3.1. 3. Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de SB en los médicos posgradistas de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, cohortes 2014-2017.
- Establecer la asociación entre el SB, el año de residencia, sexo, estado civil, carga horaria semanal, contar con una beca de estudio y tener cargas familiares.
- Evaluar el nivel de resiliencia, en los médicos posgradistas de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Determinar la asociación entre resiliencia y las variables de edad, el género y el año de residencia, estado civil y tener cargas familiares.
- Valorar la presencia de SB y el nivel de resiliencia en los residentes de primer año que ingresan por primera vez al posgrado de Pediatría.

3.2. Hipótesis

El siguiente trabajo de investigación según su naturaleza no requiere realizar una hipótesis, pero por las exigencias de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador se plantea la siguiente hipótesis: “La resiliencia actúa como un factor moderador de estrés, por lo que se relaciona inversamente con la presencia de SB”.

3.3. Metodología

3.3.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo, observacional, individual y transversal.

3.3.2. Tamaño muestral

El universo son los residentes del posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. En el primer semestre del período 2017-2018 se matricularon 139 residentes. Por lo cual se realizó el cálculo muestral a través de la fórmula para determinar la muestra en poblaciones finitas.

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

N: total del universo (139)

e: margen de error 5% (0.05)

Z: nivel de confianza para una seguridad del 95 %= 1.96

p: proporción esperada= 0.5

q: 1-p= 0.5

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 139}{0.05^2(139 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n= 103

Por tratarse de una población pequeña, la muestra está constituida por los estudiantes, que tras los criterios de inclusión y aceptar participar en el estudio quedó distribuido de la siguiente manera:

- Séptima promoción (séptimo nivel): 31 Residentes
- Octava promoción (quinto nivel): 33 Residentes
- Novena promoción (tercer nivel): 26 Residentes

- Décima promoción (segundo nivel): 29 Residentes

Total muestra: 119 Residentes

3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.3.1 Criterios de inclusión:

- Residentes del posgrado de Pediatría matriculados en el primer semestre del año lectivo 2017 – 2018, en las modalidades abierta y cerrada, desde el primer nivel en adelante.
- Residentes que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

3.3.3.2 Criterios de exclusión

- Residentes del posgrado de pediatría que no deseen participar en la presente investigación.
- Residentes de otras facultades y servicios.

3.3.3. Recolección de la información

3.3.3.1. Fuentes e instrumentos

3.3.3.1.2. Cuestionario para Síndrome de Burnout “Maslach Burnout Inventory Human Services”

Cuestionario para SB “Maslach Burnout Inventory Human Services” ampliamente usado. En su segunda versión (año 1986) quedó reducido a 22 ítems. El sujeto que realizó el cuestionario respondió las preguntas basados en una puntuación de Likert de la siguiente manera:

- 0: Nunca.
- 1: Alguna vez al año o menos .
- 2: Una vez al mes o menos

- 3: Algunas veces al mes o menos.
- 4: Una vez a la semana.
- 5: Varias veces a la semana.
- 6: Diariamente.

El total de la puntuación para cada esfera se categoriza como “bajo”, “medio” o “alto”. La esfera de Agotamiento Emocional consta de las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, puntajes iguales o superiores de 27 puntos califican como “alto”, puntajes entre 19 y 26 calificarían como “medio” y los puntajes debajo de 19 calificarían como “bajo”. La esfera de Despersonalización está compuesto por las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22; puntajes por encima de 10 califican como “alto”, valores entre 6 a 9 califican como “medio” y menores a 6 como “bajo” dentro de la esfera. Por último la esfera de Realización Personal cuando presenta valores superiores a 40 califica como “alto”, los valores entre 34 a 39 como “medio” y los valores inferiores a 33 como “bajo” dentro de la esfera.

Según el cuestionario la presencia SB está indicados por puntuaciones altas en las esferas de Agotamiento Emocional y Despersonalización; y puntuaciones bajas en la subescala de Realización Personal, siendo esta última independiente de las otras. La tendencia a padecer el síndrome se ha catalogado como niveles altos en Agotamiento Emocional y Despersonalización con niveles medios de Realización Personal (Trujillo, 2011). A nivel mundial la validez como la fiabilidad del cuestionario fue ampliamente contrastado, en la versión de Maslach y Jackson (1997). Ha presentado una sensibilidad de 82 % y una especificidad del 70 % (Lucero & Rivera, 2011). (Anexo 1)

3.3.3.1.2. Cuestionario para la escala de Resiliencia de “Wagnild and Young”

Es una escala psicométrica que está compuesta por 25 preguntas, basadas en una puntuación Likert. En el cuestionario el sujeto eligió, por cada ítem, el grado de conformidad con cada uno:

- 1: Totalmente en desacuerdo.
- 2: Bastante en desacuerdo.
- 3: En desacuerdo.
- 4: Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 5: De acuerdo.
- 6: Bastante de acuerdo.
- 7: Totalmente en acuerdo.

De esta manera los puntajes esperados son de 25 a 175, las puntuaciones por encima de 147 son indicativas de alta resiliencia, las de 121 a 146 de mediana y las inferiores a 121 puntos indican baja resiliencia. Su aplicación tiene una duración de 5 a 10 minutos. Este cuestionario evalúa la Resiliencia según 2 factores y 5 características: el primer factor es de competencia personal (17 ítems): autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia; mientras que el segundo factor es el de aceptación de uno mismo y de la vida (8 ítems): adaptabilidad, flexibilidad, balance y perspectiva de vida estable (Crombie, López, Mesa & Samper, 2015). Se demostró que la escala total tiene una consistencia elevada ($\alpha = 0.94$) además de 0.91 para el Factor I y de 0.81 en el Factor II. Las correlaciones que se obtuvieron ítem-test son superiores al 0.40, significativamente estadístico ($p < 0.01$) (Castillo et al., 2016). Originalmente la prueba está escrita en inglés fue traducida y validada a varios idiomas. Los alfa de Cronbach la versión española es de 0.93; la de la versión portuguesa es de 0.85 y la de la versión argentina con 0.72. Para realizar el presente estudio se utilizó la versión argentina

de la escala de resiliencia de “Wagnild and Young”; para la cual en el año 2009, se realizó un estudio en 222 personas de nacionalidad argentina con edades comprendidas entre los 18 y 70 años, donde encontraron tres factores: capacidad de autoeficacia (preguntas 1 a 15), capacidad de propósito y sentido de vida (preguntas 16 a 20), y evitación cognitiva (preguntas 21 a 25). (Ulloque, Monterrosa & Arteta, 2015) (Anexo 2)

3.3.5. Análisis de datos.

Se utilizó una base de datos realizada mediante el programa estadístico SPSS versión 23, en el mismo se efectuó un análisis descriptivo con la obtención de medias y porcentajes tanto para las variables sociodemográficas como para las variables relacionadas con el SB y la resiliencia. Para los análisis bivariantes se utilizó χ^2 y Fisher.

Para la diferencia de medias entre los valores totales de resiliencia con la prevalencia y categorías de las esferas del SB, se realizó en primer lugar la prueba de Kolmogorov Smirnov para determinar si la distribución de la variable es normal o anormal. En este caso tras realizar la prueba se obtuvo una $p < 0.05$ por lo que los datos de la variable se distribuyen de manera anormal (Tabla 1), y se decidió el uso de pruebas no paramétricas como el Análisis de Kruskal Wallis que permite analizar entre dos variables, una de característica cualitativa politómica y una cuantitativa, además los grupos de contraste no fueron homogéneos y ayuda a determinar que la diferencia de medias no se debe al azar.

Tabla 1*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para el valor de resiliencia*

		Valor Resiliencia
N		119
Parámetros normales	Media	132-64
	Desviación estándar	16.187
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0.105
	Positivo	0.105
	Negativo	-0.093
Estadístico de prueba		0.105
Sig. asintótica (bilateral)		0.003*

*Si el valor es menor que 0.05 la distribución no es normal

3.4. Operacionalización de variables

A continuación se describe la operacionalización de las variables del estudio:

Variable específica	Definición Conceptual	Definición operacional			
		Tipo de variable	Categoría	Escala	Indicador
EDAD	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Discreta	1. 21 a 25 años 2. 26 a 30 años 3. 31 a 35 años 4. 36 y más años	Porcentaje por grupo Promedio Moda Desviación estándar Mínimo Máximo
SEXO	Identidad sexual	Cualitativa	Nominal	1.Femenino 2.Masculino	Porcentaje
CARGA FAMILIAR	Familiares bajo	Cualitativa	Nominal	1.Hijos	Porcentaje

	dependencia			2. Padres 3. Ambos 4. Otros 5. Ninguno	
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal	Cualitativa	Nominal	1.Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4.Divorciado 5. Viudo	Porcentaje
AÑO DE POSGRADO	Año de residencia que cursa el estudiante	Cualitativa	Ordinal	1. Primer año 2.Segundo año 3. Tercer año 4. Cuarto año	Porcentaje
JORNADA LABORAL	Número de horas semanales dedicadas a actividades asistenciales en las Unidades Asistenciales Docentes	Cuantitativa	Discreta	1. Menos de 40 horas semanales 2. 40 a 80 horas semanales 3. Más de 80 horas semanales	Porcentaje por grupo
DISPONIBILIDAD DE BECA	Ayudas económicas otorgadas por instituciones, ministerios privados o estatales	Cualitativa	Nominal	1.SI 2.NO	Porcentaje

	a los estudiantes de posgrado				
UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE (HOSPITAL)	<p>Sistema institucional de relación técnica entre el Sistema Nacional de Salud, que se caracteriza por buscar la excelencia académica, disminuir el riesgo al paciente, buscar el equilibrio entre la acción asistencial y docente, implementar procesos, cumplir normativas consensuadas.</p> <p>Tiene una estructura participativa y responsabilidades designadas específicas.</p>	Cualitativa	Nominal	<p>1. San Francisco de Quito</p> <p>2.SOLCA</p> <p>3. Pablo Arturo Suarez</p> <p>4.Metropolitano</p> <p>5.Policía</p> <p>6.Carlos Andrade Marín</p> <p>7. Pediátrico Baca Ortiz</p> <p>8. Unidad Metropolitana de Salud Sur</p> <p>9. General Enrique Garcés</p> <p>10. Maternidad de Nueva Aurora Luz Elena Arismendy</p> <p>11. Centro de Salud de Conocoto</p> <p>12. De los Valles</p> <p>13. Un Canto a la Vida</p>	Porcentaje
SERVICIO	Conjunto de	Cualitativa	Nominal	1.Neonatología	Porcentaje

	prestaciones médicas especializadas reagrupados en un hospital.			2. Pediatría 3. Emergencias Pediátricas 4. Cuidados intensivos pediátricos 5. Oncohematología 6. Consulta externa 7. Varios servicios	
SÍNDROME DE BURNOUT, ESFERA: Agotamiento emocional	Disminución y pérdida de recursos emocionales, en donde se presenta un desbalance entre la demanda y los recursos.	Cualitativa/ Cuantitativa	Ordinaria/ Discreta	1. Alto (>27 puntos) 2. Medio (19-26 puntos) 3. Bajo (<19 puntos)	Porcentaje/ Promedio, Desviación Estándar, Mínimo, Máximo
SÍNDROME DE BURNOUT, ESFERA: Despersonalización	Consiste en el desarrollo de actitudes negativas, insensibles, produciendo un estado de tensión psicofísica.	Cualitativa/ Cuantitativa	Ordinaria/ Discreta	1. Alto (>10 puntos) 2. Medio (6-9 puntos) 3. Bajo (<6 puntos)	Porcentaje/ Promedio, Desviación Estándar, Mínimo, Máximo Proporción y porcentaje
SÍNDROME DE BURNOUT, COMPONENTE:	Tendencias a evaluar el propio trabajo de manera	Cualitativa/ Cuantitativa	Ordinaria/ Discreta	1. Alto (> 40 puntos) 2. Medio (34-39	Porcentaje/ Promedio, Desviación

Realización Personal	negativa, con baja autoestima.			puntos) 3.Bajo (<33 puntos)	Estándar, Mínimo, Máximo
PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT	Presencia: puntajes altos en las esferas de Agotamiento Emocional y Despersonalización con niveles bajos de Realización Personal Tendencia: puntajes altos en las esferas de Agotamiento Emocional y Despersonalización con niveles medios de Realización Personal	Cualitativa	Ordinaria	1.Presencia de Burnout 2.Tendencia al Burnout 3.No tiene Burnout	Porcentaje/ Promedio,
RESILIENCIA	Recurso de la personalidad que permite adaptarse y enfrentar situaciones,	Cualitativa/ Cuantitativa	Ordinaria/ Discreta	1.Alto (>147 puntos) 2.Mediana (121-146 puntos) 3.Escasa (<121 baja)	Porcentaje/ Promedio, Desviación Estándar, Mínimo, Máximo

3.5. Aspectos bioéticos

La presente investigación se realizó previa autorización del Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la Dirección de Estudiantes y el Coordinador del posgrado de Pediatría de la misma universidad.(Anexo 3)

Se solicitó la participación de los médicos residentes mediante un consentimiento informado donde se explicará los propósitos del estudio y se asegurará la confidencialidad de los datos recabados. (Anexo 4 y 5)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis univariante

4.1.1. Análisis descriptivos de las variables demográficas

El promedio de edad fue de 29.87 años con una desviación estándar de 2.47, una moda de 30 años. La edad mínima fue de 25 y la edad máxima de 39 años. El grupo de edad donde se encontraron más posgradistas fue el comprendido entre los 26 a 30 años. El sexo femenino corresponde al 84 % de la muestra. Los solteros son 58 % de los posgradistas encuestados. La mayor parte no tienen cargas familiares, que corresponde a un 66.4 %. El porcentaje de distribución por año de residencia fue similar, de entre el 21 al 27 %. El 57.1 % responden a que trabajan más de 80 horas semanales. La mayor parte (56 %) no dispone de beca o estipendio económico. La distribución de los en las diferentes Unidades es variable y oscila entre el 5 y 15 %. Al momento de aplicar la encuesta el 40.3 % de posgradistas se encontraban rotando en los servicios de Neonatología y en el de Pediatría el 29.4 %.

El detalle de lo descrito anteriormente se encuentra en la Tabla 2.

Tabla 2
Distribución de la población por variables demográficas

Grupos de edad	Frecuencia	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia Relativa acumulada (%)
21 a 25 años	1	0.8	0.8
26 a 30 años	77	64.7	65.5
31 a 35 años	39	32.8	98.3
36 y más años	2	1.7	100
Total	119	100	
Sexo			
Femenino	100	84	84
Masculino	19	16	100
Total	119	100	
Estado Civil			
Soltero	69	58	58
Casado	42	35.3	93.3
Unión libre	4	3.4	96.6
Divorciado	3	2.5	99.2
Viudo	1	0.8	100
Total	119	100	
Cargas familiares			
Hijos	36	30.3	30.3
Padres	2	1.7	31.9
Otros	2	1.7	33.6
Ninguna	79	66.4	100
Total	119	100	
Año de posgrado			
Primer año	29	24.4	24.4
Segundo año	26	21.8	46.2
Tercer año	33	27.7	73.9
Cuarto año	31	26.1	100
Total	119	100	
Jornada laboral			
<40 Horas semanales	3	2.5	2.5
De 40 a 80 horas Semanales	48	40.3	42.9
> 80 Horas Semanales	68	57.1	100
Total	119	100	
Beca			
Si	53	44.5	44.5
No	66	55.5	100
Total	119	100	
Servicio			
Neonatología	48	40.3	40.3
Pediatría	35	29.4	69.7
Emergencias pediátricas	11	9.2	79
Cuidados intensivos pediátricos	11	9.2	88.2
Oncohematología	11	9.2	97.5
Consulta Externa	1	0.8	98.3
Varios Servicios	2	1.7	100
Total	119	100	

4.1.2. Análisis descriptivo del test para SB “Maslach Burnout Inventory Human Services”

Utilizando el test mencionado se identificó a los estudiantes con SB, para lo cual se calcularon las frecuencias de los puntajes alto, medio y bajo de cada una de las esferas que componen el síndrome; definiéndose como presencia del síndrome al conjunto de puntajes altos en las esferas Agotamiento Emocional y Despersonalización, con un puntaje bajo en Realización Personal; y como tendencia al burnout al conglomerado de puntajes altos en Agotamiento Emocional y Despersonalización con puntaje medio en Realización Personal. Se obtuvo una prevalencia del síndrome del 10.9 % y una tendencia al mismo del 37 % (Tabla 3).

Tabla 3
Prevalencia y tendencia del SB

SB	Frecuencia	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia relativa acumulada (%)
Tiene Burnout	13	10.9	10.9
Tendencia al Burnout	44	37	47.9
No tiene Burnout	62	52.1	100
Total	119	100	

Dentro de las esferas del síndrome destacan una prevalencia del 56.3 % en Agotamiento Emocional “alto”; una prevalencia de 60.5 % para Despersonalización “medio” y una prevalencia del 31.9 % para Realización Personal “bajo” como más destacados, el detalle se demuestra en las Tabla 4.

Tabla 4*Categorías por puntaje de las esferas que componen el SB*

Agotamiento Emocional	Frecuencia	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia relativa acumulada (%)
Alto	67	56.3	56.3
Medio	36	30.3	86.6
Bajo	16	13.4	100
Total	119	100	
Despersonalización			
Alto	34	28.6	28.6
Medio	38	31.9	60.5
Bajo	47	39.5	100
Total	119	100	
Realización Personal			
Alto	37	31.1	31.1
Medio	44	37	68.1
Bajo	38	31.9	100
Total	119	100	

4.1.3. Análisis descriptivo del test para resiliencia de “Wagnild and Young”

El valor promedio de la escala de resiliencia que se midió a través del cuestionario de “Wagnild and Young” fue de 132.64 con una desviación estándar de 16.18, este valor corresponde a la categoría de resiliencia media. La distribución de todos los estudiantes en las categorías de resiliencia escasa, mediana y alta se muestra en la Tabla 5. Donde sobresalen los porcentajes de resiliencia “alta” con el 10.9 % y “escasa” con el 17.6 %.

Tabla 5
Frecuencia de resiliencia por categorías

Resiliencia	Frecuencia	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia relativa acumulada (%)
Escasa	21	17.6	17.6
Mediana	85	71.4	89.1
Alta	13	10.9	100
Total	119	100	

4.2. Análisis bivalente

4.2.1. Presencia del SB y variables demográficas

Se analizó la asociación entre las variables de grupos de edad con la presencia del SB. Como se aprecia en la Tabla 6 en el grupo de edad comprendido entre los 26 a 30 años de edad existen la mayor cantidad de casos (9 estudiantes), que corresponden al 69.2 % del total de estudiantes que tienen Burnout, aunque es llamativa esta asociación es estadísticamente no significativa.

Tabla 6
Presencia del SB por grupos de edad

		Presencia del SB			Total (%)
		Tiene Burnout (%)	Tendencia al Burnout (%)	No tiene Burnout (%)	
Grupos de edad	21-25 años	0	0	1.6	0.8
	26-30 años	69.2	75	56.5	64.7
	31-35 años	30.8	25	38.7	32.8
	36 y más años	0	0	3.2	1.7
Total		100	100	100	100

Prueba exacta de Fisher= 5.814, p= 0.440

En la Tabla 7 se aprecia la asociación entre el SB y el sexo, en este caso la presencia del síndrome en el sexo femenino es de 11 casos correspondiente al 84.6 % de los casos positivos, esta relación es estadísticamente no significativa.

Tabla 7*Asociación del SB y sexo*

		Presencia de SB			Total (%)
		Tiene Burnout (%)	Tendencia al Burnout (%)	No tiene Burnout (%)	
Sexo	Femenino	84.6	88.6	80.6	84
	Masculino	15.4	11.4	19.4	16
Total		100	100	100	100

Chi²= 1.229, p= 0.541

En la Tabla 8 se encuentra que dentro de los casos positivos para el SB el 92.3 % pertenecen a los estudiantes que no reportan cargas familiares. Esta asociación no estadísticamente significativo (p=0.361).

Tabla 8*Asociación del SB y cargas familiares*

		Presencia de SB			Total (%)
		Tiene Burnout (%)	Tendencia al Burnout (%)	No tiene Burnout (%)	
Cargas Familiares	Hijos	7.7	34.1	32.3	30.3
	Padres	0	0	3.2	1.7
	Otras	0	2.3	1.6	1.7
	Ninguna	92.3	63.6	62.9	66.4
Total		100	100	100	100

Prueba exacta de Fisher= 6.094, p=0.361

Los casos positivos para el SB van incrementando año por año hasta el tercer año del posgrado, con un descenso en el cuarto año. Esta asociación es estadísticamente no significativa (Tabla 9).

Tabla 9
Asociación del SB y año de posgrado

		Presencia de SB			Total (%)
		Tiene Burnout (%)	Tendencia al Burnout (%)	No tiene Burnout (%)	
Año de posgrado	Primer año	23.1	27.3	22.6	24.4
	Segundo año	30.8	22.7	19.4	21.8
	Tercer Año	38.5	27.3	25.8	27.7
	Cuarto Año	7.7	22.7	32.3	26.1
Total		100	100	100	100

Prueba exacta de Fisher= 4.503, p=0.569

En la variable de estado civil la mayor parte de casos positivos se encuentran dentro de los solteros con 7 casos correspondiente al 53.8 % versus el total de 5 casos positivos en los casados que corresponden al 38.5 %. Existe un caso positivo de un estudiante viudo. Estas asociaciones no son estadísticamente significativas (p=0.325).

En relación a la variable de jornada laboral el 53.8 % de los estudiantes que tienen SB refirieron trabajar más de 80 horas semanales (p=0.978).

Los estudiantes que poseen beca tienen una presencia de SB del 38.5 % comparado al 61.5 % de los estudiantes que no tienen estipendio económico, igualmente la tendencia a presentar el síndrome es mayor en estudiantes no becados con el 56.8 %, (p=0.838).

No existe asociación estadísticamente significativa entre las Unidades Asistenciales Docentes y la presencia o tendencia a padecer SB (p=0.23).

Lo descrito anteriormente se encuentra resumido en la Tabla 10.

Tabla 10*Resumen del análisis bivalente del SB y aspectos demográficos*

Variable	Prueba estadística	Justificación	Valor	p-valor*
Edad	Prueba exacta de Fisher	Existe relación entre la edad y la presencia de SB	5.814	0.440
Sexo	Chi-cuadrado de Pearson	Determinado sexo puede relacionarse con el SB	1.229	0.541
Estado civil	Prueba exacta de Fisher	El estado civil está en relación con el SB	8.607	0.325
Cargas Familiares	Prueba exacta de Fisher	Los que no tienen cargas familiares tienen más SB	6.094	0.361
Año de posgrado	Prueba exacta de Fisher	El año de posgrado está relacionado con la presencia del SB	4.503	0.569
Jornada laboral	Prueba exacta de Fisher	A mayor jornada laboral mayor presencia de SB	0.687	0.978
Beca	Chi-cuadrado de Pearson	Las personas que no tiene beca tienen más SB	0.353	0.838
Unidad Asistencial Docente	Prueba exacta de Fisher	No hay relación entre la presencia de SB y la Unidad Asistencial Docente	25.308	0.251
Servicio	Prueba exacta de Fisher	Existe relación entre el servicio que rota el residente y el SB	4.572	0.996

*El contraste es significativo si $p < 0.05$

En la Tabla 11 se describe la asociación entre la presencia y la tendencia a SB con el servicio donde rotaron los estudiantes. En el servicio de Neonatología existe una presencia de Síndrome de Burnout del 53.8% seguida del servicio de Pediatría con el 23.1%. En lo referente a la tendencia de padecer el síndrome también es mayor en el servicio de Neonatología con el 43.2%, estas asociaciones tras realizar las pruebas estadísticas no son significativas ($p=0.996$).

Tabla 11
Asociación del SB y servicio

		Presencia del SB			Total (%)
		Tiene Burnout (%)	Tendencia al Burnout (%)	No tiene Burnout (%)	
Servicio	Neonatología	53.8	43.2	35.5	40.3
	Pediatría	23.1	29.5	30.6	29.4
	Emergencias pediátricas	7.7	9.1	9.7	9.2
	Cuidados intensivos pediátricos	7.7	9.1	9.7	9.2
	Oncohematología	7.7	9.1	9.7	9.2
	Consulta Externa	0	0	1.6	0.8
	Varios Servicios	0	0	3.2	1.7
Total		100	100	100	100

Prueba exacta de Fisher= 4.572, $p=0.996$

4.2.2. Asociación entre el SB y sus esferas con la categoría de resiliencia

En la Tabla 12 se observa la asociación entre la esfera Agotamiento Emocional con la resiliencia, se aprecia que los estudiantes con alto Agotamiento Emocional representan el mayor porcentaje de resiliencia escasa (61.9 %), estadísticamente no significativo.

Tabla 12*Asociación entre Agotamiento Emocional y categoría de resiliencia*

		Resiliencia			Total (%)
		Escasa (%)	Mediana (%)	Alta (%)	
Agotamiento Emocional	Alto	61.9	54.1	61.5	56.3
	Medio	28.6	34.1	7.7	30.3
	Bajo	9.5	11.8	30.8	13.4
Total		100	100	100	100

Prueba exacta de Fisher= 5.893, p=0.187

El dato más sobresaliente al analizar la asociación entre Despersonalización y resiliencia (Tabla 13) es que el 53.8 % de los estudiantes que tienen baja Despersonalización tienen al mismo tiempo una resiliencia alta, aunque el mismo es estadísticamente no significativo (p=0.086).

Tabla 13*Asociación entre Despersonalización y categoría de resiliencia*

		Resiliencia			Total (%)
		Escasa (%)	Mediana (%)	Alta (%)	
Despersonalización	Alto	23.8	30.6	23.1	28.6
	Medio	57.1	27.1	23.1	31.9
	Bajo	19.1	42.4	53.8	39.5
Total		100	100	100	100

Prueba exacta de Fisher= 7.997, p=0.086

En la Tabla 14 se observa que los estudiantes que presentaron una alta Realización Personal mostraron un 53.8% de resiliencia alta. Aquellos estudiantes que presentaron una baja Realización Personal tienen 0% de alta resiliencia y un 57,1 % de escasa resiliencia, esta asociación fue estadísticamente significativa.

Tabla 14*Asociación entre Realización Personal y categoría de resiliencia*

		Resiliencia			Total (%)
		Escasa (%)	Mediana (%)	Alta (%)	
Realización Personal	Alto	4.8	34.1	53.8	31.1
	Medio	38.1	35.3	46.2	37
	Bajo	57.1	30.6	0	31.9
Total		100	100	100	100

Prueba exacta de Fisher= 17.878, p=0.001*

* El contraste es significativo si $p < 0.05$

En la Tabla 15 se observa que los posgradistas que tienen de SB ninguno presenta una resiliencia alta, estadísticamente no significativo.

Tabla 15*Asociación entre SB y categoría de resiliencia*

		Resiliencia			Total (%)
		Escasa (%)	Mediana (%)	Alta (%)	
Presencia del SB	Tiene Burnout	19.6	10.6	0	10.9
	Tendencia al Burnout	38.1	34.1	53.8	37
	No tiene Burnout	42.9	55.3	46.2	52.1
Total		100	100	100	100

Prueba exacta de Fisher= 4.196, p=0.372

4.2.3. Diferencia de medias de edad con las categorías de resiliencia

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las medias de edad y la categoría de resiliencia (Tabla 16). Es importante mencionar que como la distribución de los grupos de análisis no es homogénea se realizaron pruebas no paramétricas.

Tabla 16

Análisis de Kruskal Wallis para relacionar edad y categorías de resiliencia

	Edad
Chi-cuadrado	2.550
Gl	2
p-valor	0.279*

* El contraste es significativo si $p < 0.05$

4.2.4. Diferencia de medias del valor total de resiliencia con variables demográficas

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables demográficas: género, estado civil, cargas familiares, disponibilidad de beca, lugar y servicio de rotación ($p > 0,05$). Se detalla a continuación en la Tabla 17.

Tabla 17

Análisis de Kruskal Wallis para relacionar variables demográficas y valor de resiliencia

Variable	Justificación	Chi-cuadrado	Gl	p-valor*
Sexo	En que sexo es mayor el valor de resiliencia	0.187	1	0.666
Estado civil	Los posgradistas divorciados tienen un valor de resiliencia más alto que los demás	7.440	4	0.114
Cargas Familiares	Relación entre las cargas familiares y el valor de resiliencia	0.86	3	0.993
Jornada laboral	La jornada laboral influye en el valor de resiliencia	2.599	2	0.273
Beca	Tener beca influye en el valor de resiliencia	0.280	1	0.596
Unidad Asistencial Docente	La Unidad Asistencial docente no tiene influencia en el valor de resiliencia	14.696	12	0.258
Servicio	En el servicio de neonatología existe el valor de resiliencia más bajo	8.528	6	0.202

* El contraste es significativo si $p < 0.05$

Llama la atención la alta resiliencia reportada por el grupo de estudiantes divorciados (media= 149.30) en relación al resto de grupos que no superan una media de 134 que corresponde a resiliencia mediana. (Tabla 18)

Tabla 18*Diferencia de medias de resiliencia en función del estado civil*

Estado Civil	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Soltero	133.36	15.186	1.828	129.71	137.01	88	172
Casado	130.93	18.033	2.783	125.31	136.55	37	155
Unión Libre	125.25	14.705	7.353	101.85	148.65	111	142
Divorciado	149.33	4.509	2.603	138.13	160.53	145	154
Viudo	134.00					134	134
Total	132.64	16.187	1.484	129.70	135.58	37	172

Análisis de Kruskal Wallis: $\chi^2 = 7.440$, gl= 2, p= 0.114

Se observa que la media de resiliencia aumenta según el estudiante es promovido a los años superiores de posgrado, desde 128 en primer año a 138 en cuarto año (Tabla 19), que es estadísticamente significativo.

Tabla 19*Diferencia de medias de resiliencia en función del año de posgrado*

Año de posgrado	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Primer año	128.86	20.083	3.729	121.22	136.50	37	146
Segundo año	129.2	15.197	2.980	122.67	134.95	90	160
Tercer año	133.42	15.637	2.722	127.88	138.97	88	172
Cuarto año	138.55	11.733	2.107	134.24	142.85	111	169
Total	132.64	16.187	1.484	129.70	135.58	37	172

Análisis de Kruskal Wallis: $\chi^2 = 9.294$, gl= 3, p= 0.026** El contraste es significativo si $p < 0.05$

En la Tabla 20 se observa que las medias más bajas de resiliencia se encuentran en los servicios de Neonatología (129.56) y en la Consulta Externa (128), estos valores no son estadísticamente significativos.

Tabla 20

Diferencia de medias de resiliencia en función del Servicio

Servicio	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Neonatología	129,56	20,353	2,938	123,65	135,47	37	172
Pediatría	132,03	12,126	2,050	127,86	136,19	90	154
Emergencias pediátricas	140,45	9,522	2,871	134,06	146,85	124	160
Cuidados intensivos pediátricos	137,64	11,561	3,486	129,87	145,40	120	153
Oncohematología	136,00	16,205	4,886	125,11	146,89	103	158
Consulta Externa	128,00					128	128
Varios Servicios	130,50	3,536	2,500	98,73	162,27	128	133
Total	132,64	16,187	1,484	129,70	135,58	37	172

Análisis de Kruskal Wallis: $\chi^2 = 8.528$, gl= 6, p= 0.202

4.2.5. Diferencia de medias del valor total de resiliencia con el SB y sus esferas

La media del valor total de resiliencia es de 127.77 en los estudiantes que tienen SB en comparación del valor de la media de 133.65 en los estudiantes que no tienen SB (Tabla 21), esta diferencia de medias no son estadísticamente significativos.

Tabla 21*Diferencia de medias de resiliencia en función de la presencia del SB*

Síndrome de Burnout	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Tiene Burnout	127.77	10.369	2.876	121.50	134.04	113	145
Tendencia al Burnout	132.66	12.988	1.958	128.71	136.61	88	155
No tiene Burnout	133.65	18.993	2.412	128.82	138.47	37	172
Total	132.64	16.187	1.484	129.70	135.58	37	172

Análisis de Kruskal Wallis: $\chi^2 = 3.953$, gl= 2, p= 0.139

Los estudiantes que presenta un bajo Agotamiento Emocional tienen una media del valor de resiliencia de 140.50, mientras que las personas que poseen un alto Agotamiento Emocional presentan una media del valor de resiliencia de 132.45, estadísticamente no significativo (Tabla 22).

Tabla 22*Diferencia de medias de resiliencia en función de Agotamiento Emocional*

Agotamiento Emocional	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Alto	132.45	12.829	1.567	129.32	135.58	88	169
Medio	129.50	20.549	3.425	122.55	136.45	37	154
Bajo	140.50	16.191	4.048	131.87	149.13	110	172
Total	132.64	16.187	1.484	129.70	135.58	37	172

Análisis de Kruskal Wallis: $\chi^2 = 4.211$, gl= 2, p= 0.122

La Tabla 23 representa que los estudiantes con niveles bajos de Despersonalización presentaron una media del valor de resiliencia más alto que los otros estudiantes, esta diferencia de medias es estadísticamente significativa ($p= 0.001$).

Tabla 23

Diferencia de medias de resiliencia en función de Despersonalización

Despersonalización	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Alto	133.44	10.838	1.859	129.66	137.22	113	155
Medio	124.89	20.488	3.324	118.16	131.63	37	154
Bajo	138.32	12.933	1.886	134.52	142.12	110	172
Total	132.64	16.187	1.484	129.70	135.58	37	172

Análisis de Kruskal Wallis: $\chi^2= 13.545$, $gl= 2$, $p= 0.001$ *

* El contraste es significativo si $p< 0.05$

La media del valor total de resiliencia en el grupo de estudiantes con alta Realización Personal es de 141.16 que contrasta con las otras medias de 131.52 para la categoría de medio y de 125.63 para la categoría de baja Realización Personal (Tabla 24), la diferencia de medias presentada es estadísticamente significativa ($p= 0.000$).

Tabla 24*Diferencia de medias de resiliencia en función de Realización Personal*

Realización Personal	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Alto	141.16	11.298	1.857	137.40	144.93	116	172
Medio	131.52	18.612	2.806	125.86	137.18	37	155
Bajo	125.63	13.577	2.203	121.17	130.09	88	145
Total	132.64	16.187	1.484	129.70	135.58	37	172

Análisis de Kruskal Wallis: $\chi^2 = 22.797$, gl= 2, p= 0.000** El contraste es significativo si $p < 0.05$

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio analizó la relación entre la resiliencia y el SB en una población específica como lo es los estudiantes del posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, además de asociarlo con variables como edad, sexo, año de posgrado.

En el presente trabajo de investigación se encontró que la prevalencia del SB en los estudiantes del posgrado de Pediatría fue del 10.9 %. Esta prevalencia contrasta con la obtenida en otras investigaciones. En España la prevalencia del síndrome en el personal de Pediatría fue del 20.8% (López et al., 2005), en Chile fue del 36.3 % en el año 2015 y del 37% en el 2016 (Martínez, Godoy, Sánchez & Fernández, 2016) y en Perú fue de 3.76 % (Vásquez, Maruy & Verne, 2014). En Ecuador, Montes (2015) realizó una investigación sobre la prevalencia del síndrome relacionado con variables físicas, químicas y antropométricas en médicos tratantes de las diferentes especialidades del Hospital Enrique Garcés donde estimó una prevalencia del 20 % en médicos Pediatras. Solís y Araujo (2017) realizaron un estudio de investigación sobre la presencia de Burnout y las habilidades de comunicación efectiva en 307 residentes de los diferentes posgrados de medicina ofertados por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador donde obtuvieron una prevalencia del síndrome del 23.6 % en los posgradistas de Pediatría. Lo que significa que se obtuvo una prevalencia menor a la mencionada en estos dos últimos estudios; existe una diferencia importante en la muestra de posgradistas de Pediatría que fue mayor en esta investigación comparada a los estudios de Montes (2015) y Solís y Araujo (2017).

Con respecto a las esferas del SB en este estudio el 56.3 % de los estudiantes que participaron presentaron niveles de alto Agotamiento Emocional similar al 50 % de alto Agotamiento Emocional que hallaron Medina y colaboradores (2017) en los residentes de

Pediatría del Hospital Pediátrico Dr. Avelino Castelán de México. Mientras que en España presentan un 14.5 % de alto Agotamiento Emocional, (López et al., 2005).

Con respecto a la esfera de Despersonalización el 28.6% los estudiantes participantes en el presente estudio presentaron un nivel alto, valores similares al estudio de López y colaboradores (2015) con un 23.9 %. El porcentaje más elevado fue en México donde el 66,6 % de los residentes de pediatría presentó niveles altos de Despersonalización. (Medina et al., 2017)

Los posgradistas de Pediatría que participaron en este estudio presentaron un 31.9 % de baja Realización Personal, estos porcentajes son más bajos de los encontrados en otros estudios, como en el estudio de López y colaboradores (2005) con un 67.7 %, y el del 61% en el estudio de Medina y colaboradores (2017).

En el análisis de la edad y prevalencia del Síndrome de Burnout el 69.2 % de casos corresponde a los comprendidos entre los 26 a 30 años de edad, y le sigue con el 30.8 % los comprendidos entre los 31 a 35 años de edad, mientras que el estudio realizado por Vásquez y colaboradores (2014) muestra una mayor prevalencia del síndrome en el grupo de edad entre los 31 a 40 años.

En la presente investigación el sexo femenino reporta el 84.6 % de casos positivos para Burnout, datos que son similares y concordantes con el resto de investigaciones. Los solteros representan la mayor parte de casos positivos para Burnout, contraponiéndose a los estudios de López y colaboradores (2005) y de Vásquez y colaboradores (2014) en donde son los de estado civil casado tienen mayor prevalencia del síndrome. La formación de los estudiantes en la especialidad de Pediatría incluye rotaciones por diferentes áreas de la especialidad. Se examinó la presencia de Burnout en los diferentes servicios, el servicio con el mayor porcentaje de casos es el de Neonatología con el 53.8 %.

En el presente estudio así como en los estudios de Martínez y colaboradores (2016), Vásquez y colaboradores (2014) y Pistelli y colaboradores (2011) todas las asociaciones del síndrome y sus esferas con las variables demográficas, lugar de rotación y servicio no fueron estadísticamente significativas.

En este estudio los estudiantes que poseen beca o estipendio económico son el 38.5 % de los casos positivos para Burnout comparado al 61.5 % de los estudiantes sin beca o estipendio económico. Los estudiantes de posgrado que no tienen cargas familiares representan el 92.3 % de los positivos para el síndrome, no se halló estudios que asocien el síndrome con estos dos últimos factores.

Con respecto al año de posgrado los casos de Burnout en los residentes participantes en esta investigación incrementan según el estudiante aprueba los diferentes períodos, pero se estima un descenso importante de los casos en el cuarto año de posgrado, estos hallazgos son similares a los obtenidos por Martínez y colaboradores (2016) en Chile, donde se evidencia un aumento de la prevalencia de los casos positivos al ser promovido de primero a segundo año y de manera parecida un descenso al cursar el último año del posgrado de Pediatría. En ambos estudios los resultados no fueron estadísticamente significativos.

Se midió la resiliencia a través de la escala de “Wagnild and Young” donde la mayoría de estudiantes reflejaron una resiliencia catalogada como mediana, estos datos son compatibles con los de Ríos y colaboradores (2011) y Tempski y colaboradores (2015) que refieren mayor presencia de resiliencia mediana en los estudiantes de medicina. El estudio con el que mejor se puede comparar es con el realizado por Olson y colaboradores (2015) donde midieron la resiliencia en los estudiantes del programa de Pediatría de la Universidad de Columbus, Ohio; donde de la misma manera la mayoría de los residentes presentaron una resiliencia catalogada como mediana.

En el estudio realizado se observa que la media de resiliencia aumenta según el estudiante es promovido a años superiores del posgrado, estadísticamente significativo ($p= 0.026$), otros estudios como los de Ríos y colaboradores (2012) y Arrogante (2014) no muestran esta relación o la misma no es estadísticamente significativa en los estudiantes de ciencias de la salud.

En el presente estudio se observa que los estudiantes que son positivos para presentar el SB no tienen resiliencia alta, también muestra que el valor de la media total de resiliencia es más bajo que los que no tienen el SB. Ambos datos no son estadísticamente significativos ($p> 0.05$), similar al estudio realizado por Olson y colaboradores (2015) donde la misma asociación entre Burnout y resiliencia no es estadísticamente significativa.

Los estudiantes con Agotamiento Emocional alto tienen el mayor porcentaje de resiliencia escasa sin significancia estadística ($p> 0.05$). Mientras que en otro estudio es significativa la asociación inversa entre Agotamiento Emocional y resiliencia ($p=0.02$, $r=0.35$) (Olson et al., 2015).

Los estudiantes que participaron en este estudio que tienen baja Despersonalización tienen al mismo tiempo una resiliencia alta ($p> 0.05$), también se observa que la media del valor total de la resiliencia es superior a los de media y alta Despersonalización, este dato es estadísticamente significativo ($p= 0.001$).

Los alumnos que presentaban al momento del estudio una Realización Personal alta presentaban niveles altos de resiliencia y de la misma forma los que presentaban baja Realización Personal presentaron los porcentajes más altos de escasa resiliencia ($p= 0.001$); las medias del valor total de resiliencia fueron mayores si la Realización Personal era alta y bajos si la Realización Personal era baja ($p= 0.000$).

Para estas últimas dos esferas en la revisión no se encontraron estudios de los médicos posgradistas de Pediatría, pero en otros profesionales de la salud Ríos y colaboradores (2012)

muestran una correlación positiva entre la Realización Personal y el valor de la resiliencia ($r=0.521$, $p=0.01$). Mientras que Arrogante (2014) muestra una correlación negativa entre los niveles de Despersonalización y los valores de resiliencia.

Tanto en el estudio que se realizó como en los que se hizo la revisión bibliográfica, se puede enunciar que la resiliencia al ser un factor intrínseco, modificable de las personas, influye en la no aparición del SB, ya que la existencia de niveles altos de resiliencia se asoció con niveles bajos de Despersonalización y altos de Realización Personal.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- Se encontró asociación entre los valores de resiliencia y las esferas de Despersonalización y Realización Personal. Existe asociación estadísticamente significativa entre valores altos de resiliencia con baja Despersonalización y alta Realización Personal. No se encontró asociación con la esfera de Agotamiento Emocional.
- La prevalencia del SB en los médicos residentes del Posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador fue del 10.9 %, existiendo una tendencia a padecer el síndrome del 37% .
- La presencia del SB aumenta progresivamente según el posgradista es promovido, pero en el último año de posgrado la presencia disminuye drásticamente.
- Los médicos posgradistas comprendidos en las edades de 26 a 30 años tienen más prevalencia de SB.
- Las posgradistas mujeres, los solteros, los que no poseen cargas familiares, los que tienen jornadas laborales mayores de 80 horas semanales, los que no poseen beca y los que al momento de realizar la encuesta se encontraban rotando en el servicio de Neonatología fueron los grupos que obtuvieron más casos positivos para el SB.
- El valor total promedio de resiliencia de los médicos posgradistas de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador fue de 132.64 que corresponde a la categoría de mediana resiliencia.
- Los posgradistas divorciados presentan una media de resiliencia de 149 catalogada como alta.

- La media del valor de resiliencia aumenta según el estudiante es promovido a los años superiores del posgrado.
- Las medias más bajas de resiliencia fueron la de los posgradistas que se encontraban rotando en los Servicios de Neonatología y consulta externa.
- El 23.1% de los casos de SB corresponden a los posgradistas de primer año, y tienen un valor de resiliencia promedio de 128.86 que es catalogada como mediana.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se aconseja tratar de dar seguimiento al estudio ya que es llamativa que los casos positivos para el SB incrementen según el estudiante avanza en su formación; esto a pesar de tener una prevalencia del síndrome baja en relación a otros estudios, pero el estudio obtuvo un porcentaje considerable con tendencia a padecer el síndrome.
- La normativa técnica de Unidades Asistenciales Docentes con respecto a la jornada laboral del médico posgradista refiere que los estudiantes en formación de especialidades médicas deben cumplir una jornada de hasta 80 horas semanales (64 horas de actividad asistencial y 16 horas de actividades académicas). Se debe buscar los mecanismos para cumplir de la forma más adecuada con esta norma, ya que entre más horas de actividades cumpla el estudiante de posgrado, más aumenta la cantidad de casos positivos de SB.
- Dentro de las actividades académicas se debería implementar actividades que busquen mejorar la autoestima, desarrollo personal y autoconfianza, para incrementar los niveles de resiliencia, ya que la resiliencia es una característica que se puede aprender e incrementar.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranda C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos Familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 15 (29): 1-7.
- Armijos P., Mora M., Once M. & Sigüencia W. (2009). Factores protectores de resiliencia en miembros de familias con migrantes en las comunidades de Chaucha, Rañas, El Pan y Shimpis en el período Enero 2008 a Enero 2009. Trabajo de Titulación de especialista en Medicina Familiar. Universidad del Azuay.
- Arrogante, O. (2014). Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enferm Clin*, 24(5):283-289.
- Becoña E. (2006). Resiliencia: definición , características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 11 (3): 125-146.
- Banerjee, S., Califano, R., & De Mattos-Arruda, L. (2017). Professional Burnout in European Young Oncologists: Results of The European Society For Medical Oncology (ESMO) Young Oncologist Committee Burnout Survey. *Annals of Oncology*.
- Carpio C. (2015). Resiliencia en Internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante la primera rotación académica del año 2015. Trabajo de Titulación para Médico Cirujano. Universidad Nacional de San Agustín.
- Castilla, H., Coronel, J., Bonilla, A., & Mendoza, M. (2016). Validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia (Scale Resilience) en una muestra de estudiantes y adultos de la Ciudad de Lima. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 5(1), 121-136.
- Crombie P., López M., Mesa M. & Samper L. (2015). Adaptación de la escala de resiliencia de Wagnild y Young. Universidad de los Andes Psicometría.
- Demerouti, E., Bakker, A.B. & Schaufeli, W.B. (2005). Spillover and crossover of exhaustion and life satisfaction among dual-earner parents. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 266-289.
- Fernández B., Roldán L., Guerra A., Roldán T., Gutiérrez A., De las Mulas M. (2006). Prevalencia del síndrome de Burnout en los anestesiólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación*. 2006; 53: 359-362.
- Fontán, I., Dueñas, J. (2010). Síndrome de Burnout en una unidad de gestión clínica de obstetricia y ginecología. *RevCalidAsist*, 25(5):260–267. doi:10.1016/j.cali.2010.05.001
- Fortney L. (2015): “Care of the Self” en: Rakel R. Textbook of Family Medicine. Philadelphia. Elsevier: 74-84.

- Gálvez. (2011). *El desgaste profesional del médico: revisión y buenas prácticas*. Madrid: Editorial Diaz de Santos.
- Gil-Monte P. & Marucco M. (2008). Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Rev Saúde Pública*, 42(3):450-6.
- Gonzáles, M., & Luzuriaga, L. (2013). Estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes con síndrome de Burnout que trabajan en el Hospital Carlos Andrade Marín. Trabajo de Titulación de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- González N., Valdez J., Barneveld H. & González S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *CI ENCIA ergo sum*, Vol . 1 6- 3, noviembre 2009-febrero 2010. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. Pp. 247 - 253.
- Huan-Fang Lee, Hui-Ting Kuo, Cheng-Li Chang, Chia-Chen Hsu, Tsair-Wei Chien. Determining Cutting Points of the Maslach Burnout Inventory for Nurses to Measure Their Level of Burnout Online. *History Research*. Vol. 5, No. 1, 2017, pp. 1-8. doi: 10.11648/j.history.20170501.11
- Kristensen. T., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. Vol 19 (3).
- López M., Rodríguez A., Fernández M., Marcos S., Martínón F. & Martínón J. (2005). Burnout syndrome among health workers in pediatrics. *An Pediatr (Barc)* ;62:248-51
- Lucero Z. & Rivera F. (2011). Relación entre el Síndrome de Burnout con la satisfacción laboral y el patrón de conducta en Médicos residentes y el personal de enfermería del Hospital Eugenio Espejo durante Junio-Julio del 2011. Trabajo de Titulación de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Martínez G., Godoy L., Fernández C. & Chamorro Z. (2017). Prevalencia y variación del síndrome de Burnout en residentes de Pediatría. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Nú. <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.067>
- Maslach C., Jackson S., Leiter M., Schaufeli W. & Schawab R. (2016). Maslach Burnout Inventory Manual. Mind Garden.
- Medina M., Medina M. G., Gauna N., Molfino L. & Merino L. (2017). Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de Pediatría en un hospital. *Inv Ed Med*; 6(23) :160-168
- Mingote, Moreno, & Galvez. (2004). Desgaste profesional y la salud de profesional médicos: revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica*.

- Molina Collon, Marta Delia (2013). RESILIENCIA Y BURNOUT EN TRABAJADORES DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE SAN JUAN, ARGENTINA. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Dirección estable: <http://www.aacademica.org/000-054/298>. Acta Académica.
- Montes L. (2015). Prevalencia Síndrome de Burnout asociado a variables fisiológicas, químicas y antropométricas en el personal Médico tratante de los servicios de cada especialidad en el Hospital Enrique Garcés durante el período Octubre-Diciembre 2014. Trabajo de Titulación de especialista en Medicina Interna. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Navarro-González D., Ayechu-Díaz A., Huarte-Labiano I. (2015). Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Semergen*. 2015;41(4):191-198. doi:10.1016/j.semerg.2014.03.008
- Nedrow, A., Steckler, N., & Hardman, J. (2013). Physician Resiliencie and Burnout: Can You Make The Switch? *Family Practice Management*, 1, 25-30.
- Okorie, C., Trockel, M., & Bhargava, S. (2016). Assessing Burnout and Professional Fulfillment Among Pediatric Subspeciality. *Academic Pediatrics*, 16(6), 15.
- Olivares-Faúndez, V., Mena-Miranda, L., Macía-Sapulveda, F. y Jélvez-Wilke, C. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 13(1). Doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb
- Oliveira ACPde, Machado APG, Aranha RN. Identification of factors associated with resilience in medical students through a cross-sectional census. *BMJ Open* 2017;7:e017189. doi:10.1136/bmjopen-2017-017189
- Olson K., Kemper K., & Mahan J. (2015). Factors Promote Resilience and Protect Against Burnout in First-Year Pediatric and Medicine-Pediatric Residents? *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine* 20(3)
- Pons J. & Carrasquero E. (2010). Fatiga y resiliencia en el personal médico de los hospitales públicos. *Multiciencias*, vol. 10, pp. 271-277.
- Pines, A. & Aronson, E. (1988). Career burnout: Causes and cures. New York: Free Press.
- Pistelli Y., Perochena J., Moscoloni N. & Tarrés M. (2011). Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado. *Arch Argent Pediatr*. 109(2):129-134.

- Rahimi B., Baetz M. & Balbuena L. (2014). Resilience, stress, and coping among Canadian medical students. *Canadian Medical Education Journal* 2014, 5(1).
- Rivas S. (2012). Fortalezas de carácter y resiliencia en estudiantes de Medicina de la Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela. Trabajo de titulación de Doctor en Patología Existencial e Intervención en Crisis. Universidad Autónoma de Madrid.
- Ríos M., Carrillo C. & Sabuco E. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*: 5(1): 88-95.
- Rodriguez, M., Pereyra, M., & Gil, E. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9, 72-82.
- Rodriguez, M., Sanmiguel, M. F., Muñoz, A., & Rodriguez, C. E. (2014). El estrés en estudiantes de Medicina al inicio y al final de su formación académica. *Revista Iberoamericana de Educación*, 66, 105-122.
- Shirom, A. (2003). The effects of work-related stress on health. In M.J. Schabrag, J.A.M. Winnbust, & L.L. Cooper (Eds.). *Handbook of work and health psychology*, (2nd Edition, pp. 63-83). N.Y: Willey.
- Solís K. & Araujo M. (2017). Habilidades de comunicación efectiva y su relación, con la presencia de Síndrome de Burnout en Médicos postgradistas de áreas clínicas y quirúrgicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el período 2012-2016. Trabajo de Titulación de especialista en Medicina Familiar. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Tempiski P, Santos IS, Mayer FB, Enns SC, Perotta B, Paro HBMS, et al. (2015) Relationship among Medical Student Resilience, Educational Environment and Quality of Life. *PLoS ONE* 10(6): e0131535. doi:10.1371/journal.pone.0131535
- Texeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A., & Carvalho, A. (2013). Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*, 13(1).
- Trujillo P. (2011). Prevalencia del Síndrome de Burnout o desgaste ocupacional en el personal de salud del Hospital de la Policía Quito No 1, en las especialidades clínicas, quirúrgicas y críticas, asociado a características sociodemográficas, medioambientales y consumo de sustancias moduladoras en los meses de Septiembre y Octubre del 2011. Trabajo de Titulación de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- Ulloque-Caamaño L., Monterrosa-Castro A. & Arteta-Acosta C. (2015). Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. *REV CHIL OBSTET GINECOL*; 80(6): 462-474.
- Vásquez-Manrique J., Maruy-Saito A., Verne-Martin E. (2014). Burnout syndrome frequency and levels of its dimensions in health care workers of pediatric emergency at Hospital Nacional Cayetano Heredia in 2014. Lima, Peru. *Rev Neuropsiquiatr* 77 (3), 2014.

ANEXOS

ANEXO 1

Maslach Bournout Inventory HSS

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos sobre él, por favor marque la respuesta que corresponda a su sentir con honestidad. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| 0: Nunca | 1: Alguna vez al año o menos |
| 2: Una vez al mes o menos | 3: Algunas veces al mes |
| 4: Una vez a la semana | 5: Varias veces a la Semana |
| 6: Diariamente | |

ITEMS	FRECUENCIA						
	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado		1	2	3	4	5	6
2. Al final de la jornada me siento agotado	0	1	2	3	4	5	6
3. Me encuentro cansado cuando me levanto en las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo	0	1	2	3	4		6
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí	0	1	2	3	4	5	6
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento “quemado”, “fatigado” por el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros	0	1	2	3	4	5	6
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo	0	1	2	3	4	5	6

11.Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12.Me encuentro con mucha vitalidad	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro	0	1	2	3	4	5	6
15. Realmente no me importa lo que le ocurrirá a algunos de estos pacientes a los que tengo que atender	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce mucho estrés	0	1	2	3	4	5	6
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18.Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19.He realizado muchas cosas que merecen la pena este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21.Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO 2

Cuestionario sobre Resiliencia de Wagnild & Young

A continuación se presenta una serie de afirmaciones referidas a diferentes aspectos de su vida, lea cada una de ellas y marque que tan de acuerdo o desacuerdo está con ellas.

1: Totalmente en desacuerdo

3: En desacuerdo

5: De acuerdo

7: Totalmente en acuerdo

2: Bastante en desacuerdo

4: Ni de acuerdo ni en desacuerdo

6: Bastante de acuerdo

ITEMS							
1. Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista	1	2	3	4	5	6	7
2. La confianza en mí mismo me permite pasar por tiempos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy decidido	1	2	3	4	5	6	7
4. Usualmente manejo los problemas de distintos modos	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar varias cosas a la vez	1	2	3	4	5	6	7
6. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro salida	1	2	3	4	5	6	7
7. Soy capaz de hacer las cosas por mi mismo sin depender de los demás	1	2	3	4	5	6	7
8. Por lo general encuentro algo de que reírme	1	2	3	4	5	6	7
9. En una emergencia soy alguien en quien las personas pueden confiar	1	2	3	4	5	6	7
10. Siento orgullo de haber logrado cosas en la vida	1	2	3	4	5	6	7
11. He podido atravesar situaciones difíciles porque he experimentado dificultades antes	1	2	3	4	5	6	7
12. Me entiendo a mi mismo si lo creo necesario	1	2	3	4	5	6	7
13. A veces hago las cosas quiera o no	1	2	3	4	5	6	7
14. Mantengo interés por las cosas	1	2	3	4	5	6	7
15. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
16. Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer	1	2	3	4	5	6	7
17. Soy autodisciplinado	1	2	3	4	5	6	7
18. Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí	1	2	3	4	5	6	7
19. Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final	1	2	3	4	5	6	7

20. Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación	1	2	3	4	5	6	7
21. Soy amigable conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
22. Hago las cosas una a la vez	1	2	3	4	5	6	7
23. Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas	1	2	3	4	5	6	7
24. No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto	1	2	3	4	5	6	7
25. Me siento cómodo si hay gente que no me agrada	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 3

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Dirección de Estudiantes



Quito, 4 de septiembre de 2017
Oficio DGE- 1264-2017

Doctor
Antonio Domínguez
DECANO DE LA FACULTA DE MEDICINA
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, me permito informar a usted que una vez revisado el protocolo preliminar sobre la investigación: **"La resiliencia relacionada con el desarrollo del síndrome de burnout en residentes del Posgrado de Pediatría de la PUCE durante el período septiembre - diciembre del 2017"**, presentada por el estudiante Luis Costales Vallejo del posgrado de Pediatría de la PUCE, se autoriza la ejecución del estudio en esta Institución.

Para ejecutar la investigación propuesta, el estudiante deberá remitirse al Comité de Bioética de la Universidad, para la revisión respectiva antes de la recolección de datos.

Recordamos al estudiante que una vez concluida la investigación, deberá entregar a esta Dirección una copia de la misma con los resultados obtenidos.

Atentamente,


Mgtr. Lorena Araujo
DIRECTORA GENERAL DE ESTUDIANTES



Adj: Recomendaciones Dr. José Sola.

ANEXO 4***Cuestionario para recolección de datos***

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre información general, por favor lea cada una de ellas y coloque o marque la respuesta adecuada:

1. Edad: ____ años
2. Sexo: Femenino__ Masculino__
3. Estado civil: Soltero__ Casado__ Unión Libre__ Divorciado__ Viudo__
4. Cargas familiares: Ninguna__ Hijos__ Padres__ Ambos__
Otros (especifique)_____
5. Año de posgrado: R1__ R2__ R3__ R4__
6. Jornada laboral en la rotación actual: 40 horas semanales__ 41 a 80 horas semanales__
Más de 81 horas semanales__
7. ¿Tiene usted beca o recibe remuneración?: Si__ No__
8. ¿En qué Unidad Asistencial Docente donde se encuentra Rotando actualmente?

9. ¿En qué servicio se encuentra rotando actualmente?
Neonatología__ Pediatría__ Emergencias Pediátricas__
Oncohematología__ Consulta externa__ Cuidados intensivos pediátricos__

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Estimado estudiante del Posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El siguiente documento tiene como propósito proveer información sobre la investigación realizada por Luis Ricardo Vallejo MD. estudiante del Posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para posteriormente solicitar su participación voluntaria. Por favor léalo detenidamente y haga las todas las preguntas que aclaren sus dudas.

Justificación:

La presencia del Síndrome de Burnout afecta la calidad de vida del personal sanitario, predispone a errores médicos y genera un mal ambiente laboral. De la visualización real de este problema en nuestro medio depende que se tomen medidas correctivas. Identificar factores protectores puede influir positivamente en la creación de programas de prevención.

Objetivo:

El objetivo principal del estudio es evaluar la relación de la resiliencia en el desarrollo de Síndrome de Burnout en los estudiantes del Posgrado de Pediatría de todos los semestres.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

- Se le realizará preguntas de cuestionarios validados internacionalmente para determinar la presencia del Síndrome de Burnout y para determinar su nivel de resiliencia.
- Los cuestionarios serán autoaplicados en las instalaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador o en las diversas Unidades Asistenciales Docentes donde usted podría encontrarse rotando. El tiempo que requiere para llenar ambos cuestionarios será de aproximadamente 15 minutos.

Beneficios:

La información generada será entregada a la Coordinación del Posgrado para su análisis pertinente.

Las personas que accedan a participar en la presente investigación pueden solicitar información sobre los resultados de este estudio una vez que haya concluido.

Confidencialidad:

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial y será utilizada únicamente para el propósito del estudio.

Riesgos Potenciales/Compensación:

Participar en el presente estudio no implica riesgos ni costos para usted.

Participación Voluntaria/Retiro:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento sin que esto implique algún tipo de consecuencia.

Números a Contactar:

Si usted tiene alguna duda, comentario o preocupación con respecto al proyecto, puede comunicarse con el investigador a través del siguiente número telefónico: 6046609 o al correo electrónico: luricosva@gmail.com.

Dirección domiciliaria: Feliza Pazmiño y Lorenzo Chávez, conjunto “Balcones de Bellavista”, Departamento 303.

Si usted comprende lo antes mencionado y desea participar en el estudio, debe firmar el documento de consentimiento a continuación:

Yo, _____ acepto participar voluntariamente en la investigación conducida por Luis Ricardo Costales MD. He sido informado (a) a través del presente documento del objetivo principal del estudio, mi rol como participante, además de los beneficios y riesgos potenciales; asegurando la confidencialidad de la información que proporcionaré mediante los cuestionarios ya mencionados y su uso únicamente con fines académicos según el propósito del estudio.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio una vez que haya concluido. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Luis Ricardo Costales MD. al teléfono 6046609 o al correo electrónico: luricosva@gmail.com.

Firma del Participante

Fecha